



Trousse En avant! :
Prévention de la thromboembolie veineuse
Guide pratique

Soins de santé plus sécuritaires maintenant!

Nous vous invitons à vous joindre à l'intervention de la Prévention de la thromboembolie veineuse de la campagne *Soins de santé plus sécuritaires maintenant*! (SSPSM) et de la campagne québécoise: Ensemble améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé ! (EAPSS) afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins de santé et à l'efficacité du système de soins de santé au Canada. *SSPSM!* est une campagne nationale qui aide les organisations canadiennes de soins de santé à améliorer la sécurité des patients grâce à des méthodes d'amélioration de la qualité visant à intégrer dans la prestation des soins aux patients des données probantes et des pratiques exemplaires. Les campagnes bénéficient du soutien de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) et est modelée sur les campagnes (100,000 Lives et 5 million Lives) de l'IHI aux États-Unis. Pour en apprendre davantage sur la campagne *SSPSM*, visitez notre site Web http://soinsplussécuritairesmaintenant.ca et pour la campagne EAPSS sur le site web www.chumontreal.qc.ca onglet campagne EAPSS.

Les interventions relatives à la sécurité des patients sont décrites dans les trousses En avant! Ces trousses ont été conçues pour que vos équipes et vos cliniciens puissent adopter une approche efficace à l'égard de l'amélioration des soins de santé, et elles constituent une base solide pour *aller de l'avant.*

L'information contenue dans les trousses En avant! est basée sur l'état actuel des connaissances. En raison de la nature dynamique de cette connaissance, il se peut que les trousses soient modifiées à l'avenir. Cette trousse a été conçue en janvier 2008. Nous restons ouverts à la consultation pour en améliorer le contenu, car c'est ensemble que nous arriverons à obtenir des soins de santé plus sécuritaires au Canada.

Remarque :
La campagne québécoise : *Ensemble, améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé!* travaille en étroite collaboration avec la *SSPSM*.! Les trousses utilisées pour toutes les interventions sont identiques pour les deux campagnes.





REMERCIEMENTS

Nous désirons remercier l'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI) pour son soutien et ses contributions notables à l'ensemble de la campagne *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Le matériel contenu dans les six trousses initiales canadiennes En Avant a été modifié à partir des documents originaux créés par l'IHI pour sa campagne *100,000 Lives,* de manière à ce qu'il soit mieux adapté au contexte des soins de santé au Canada.

Nous désirons remercier le Sunnybrook Health Sciences Centre (SHSC) et le Canadian Patient Safety Institute (CPSI) pour leur soutien d'une culture de la sécurité des patients et leur soutien financier et en nature en regard de la présente intervention. En outre, nous aimerions remercier notre faculté canadienne et le personnel engagé envers la campagne *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* qui ont contribué de manière significative à la mise en œuvre de cette Trousse en Avant et des autres composantes de l'intervention thromboprophylaxie.

Comité directeur national sur la thromboprophylaxie

Etchells, Edward E	Interniste et directeur des services de la sécurité des patients, et professeur associé de médecine, Université de Toronto
Bromley, Mary	Représentante des patients, King City et Georgian Bay, ON
Buckley, Richard E	Chirurgien orthopédiste, Foothills Medical Centre, Calgary, AB; professeur associé de chirurgie, Université de Calgary
Emed, Jessica	Infirmière clinicienne spécialisée – Thrombose, Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital; École des sciences infirmières, Université McGill, Montréal, Québec
Fenech, Darlene	Chirurgienne en colorectal, Sunnybrook Health Sciences Centre, Université de Toronto
Flannery, John F	Spécialiste en réadaptation, Toronto Rehabilitation Institute-Hillcrest Hospital; directeur médical, Programme de réadaptation musculosquelettique, professeur associé de médecine physique et de réadaptation, Université de Toronto
Geerts, Bill	Chef national de l'intervention, Conseiller en thromboembolie, Services de médecine, de qualité et de sécurité des patients, Sunnybrook Health Sciences Centre; professeur de médecine, Université de Toronto
Hughes, Carol	Représentante des patients, Richmond Hill, ON
Kahn, Susan	Interniste et spécialiste en thrombose, Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital, Montréal; professeure associée de médecine, Université McGill

MacKay, Elizabeth	Médecin en AQ; chef de médecine, Peter Lougheed Centre; directrice médicale, Service de gestion des anticoagulants, Région sanitaire de Calgary
Mahomed, Nizar	Chirurgien orthopédiste, Toronto Western Hospital; directeur du programme Santé musculosquelettique et arthrite; Directeur, Initiative Total Joint Network; Smith & Nephew Chair of Orthopaedic Surgery; professeur associé de chirurgie, Université de Toronto
Puskas, David	Chirurgien orthopédiste, Thunder Bay, ON
Riley, Lynn	Coordonnatrice nationale de l'intervention de thromboprophylaxie, *Soins de santé plus sécuritaires maintenant*!, Sunnybrook Health Sciences Centre
Semchuk, Bill	Directeur de la pharmacie, Regina General Hospital, Région sanitaire de Regina, SK
Shojania, Kaveh	Interniste, Chaire de recherche du Canada en sécurité des patients, Université de Toronto, Sunnybrook Health Sciences Centre
Sinclair, Doug	Spécialiste en médecine d'urgence; Doyen associé, Formation médicale continue, Université de Dalhousie, Halifax, N.-É.

Faculté de thromboprophylaxie associée

Blais, Normand	Hématologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Notre-Dame, Québec
Karabatsos, Bob	Chirurgien orthopédiste, William Osler Medical Centre, Brampton, Ontario
Pineo, Graham	Hématologue et conseiller en thrombose, Foothills Hospital, Université de Calgary, Alberta
Roussin, André	Directeur et spécialiste en médecine vasculaire, Laboratoire d'exploration vasculaire, Centre hospitalier de l'Université de Montréal Hôpital Notre-Dame, Université de Montréal, Montréal, Québec; Président, Groupe de travail sur la thrombose du Canada (GTTC) et Société des sciences vasculaires du Québec (SSVQ)

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS **2**
ABRÉVIATIONS **6**
BREF SOMMAIRE D'UN CAS RÉEL **7**
1. PERTINENCE DE LA THROMBOPROPHYLAXIE **7**
1.1. La TEV comme complication importante des soins hospitaliers 7
1.2. Données probantes relatives à la thromboprophylaxie 9
1.3. Conformité aux lignes directrices sur la thromboprophylaxie 10
1.4. Pourquoi devons-nous nous concentrer sur la chirurgie générale majeure (CGM) et la chirurgie pour fracture de la hanche (CFH)? 11
1.5. Stratégies visant à améliorer la conformité en matière de thromboprophylaxie 11
2. OBJECTIFS DE L'INTERVENTION DE THROMBOPROPHYLAXIE DE LA CAMPAGNE *SOINS DE SANTÉ PLUS SÉCURITAIRES MAINTENANT!* **11**
2.1. Objectif général 12
2.2. Objectifs spécifiques 12
3. CONCEPTION DE L'INTERVENTION DE THROMBOPROPHYLAXIE **12**
3.1. Recrutement des hôpitaux : 12
3.2. Patients admissibles : 12
3.3. Sélection des patients 14
3.4. Thromboprophylaxie appropriée : 14
4. MISE EN ŒUVRE DE L'INTERVENTION DE THROMBOPROPHYLAXIE **16**
4.1. Obtenir l'engagement de la haute direction : 16
4.2. Former une équipe de thromboprophylaxie (ou des équipes) : 16
4.3. Définir le problème et établir des objectifs et des cibles mesurables : 16
4.4. Établir les échéanciers et les responsabilités 17
4.5. Recueillir les données de base 17
4.6. Présenter des méthodes visant à optimiser la conformité 17
4.7. Recueillir et soumettre les données 17
4.8. Examiner les résultats et revoir les stratégies de mise en œuvre, au besoin 17
5. MESURE **18**
5.1. Information de base sur les hôpitaux : 18
5.2. Données de base relatives à la conformité en matière de thromboprophylaxie : 19
5.3. Suivi de l'information hospitalière : 19
5.4. Données sur les patients : 19
5.5. Mesure primaire du rendement : 19
5.6. Mesure secondaire des résultats : 20
5.7. Analyses : 20
6. PHASES DE MISE EN APPLICATION **20**
7. CRITÈRES DE RÉUSSITE **21**
8. RÉFÉRENCES **22**
ANNEXE A **24**
ANNEXE B **40**
ANNEXE C **41**

ANNEXE D 45
ANNEXE E 48
ANNEXE F 49
ANNEXE G 54
ANNEXE H 62
ANNEXE I 64

ABRÉVIATIONS

AVK	Antagoniste de la vitamine K (comme la warfarine)
ACCP	American College of Chest Physicians
AQ	Amélioration de la qualité
BCG	Bas de compression graduée (« antiembolique »)
CdP	Communautés de pratique, un outil de communication de *Soins de santé plus sécuritaires maintenant*!
CFH	Chirurgie pour fracture de la hanche
CGM	Chirurgie générale majeure
CPI	Compression pneumatique intermittente (aussi nommé dispositifs de compression séquentielle (DCS)
ED	Échographie Doppler
EMC	Équipe centrale de mesure de *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*
EP	Embolie pulmonaire
HFMM	Héparine de faible masse moléculaire
HNFFD	Héparine non fractionnée à faible dose
OSOS	Groupe d'ordonnances de source ouverte
PASC	Programme d'amélioration des soins chirurgicaux
PVM	Pompe veineuse musculaire
RIN	Rapport international normalisé
SEOM	Système informatisé d'entrée des ordonnances médicales
TEV	Thromboembolie veineuse (TVP ou EP)
TVP	Thrombose veineuse profonde

BREF SOMMAIRE D'UN CAS RÉEL

En janvier 2007, Marie B., une artiste de 61 ans encore active professionnellement, était généralement en santé, abstraction faite de douleurs aux jambes et de restrictions attribuables à la présence d'arthrose dans ses hanches et dans ses genoux. Après des années de douleur progressive et à la suite d'une décision mûrement réfléchie, Marie a décidé de subir une arthroplastie. Son attitude était très positive face à cette chirurgie. Malheureusement, Marie a été victime d'une embolie pulmonaire bilatérale massive, (EP) quelques jours après avoir reçu son congé de l'hôpital. Même si on lui avait administré de faibles doses de warfarine après la chirurgie, et ce, pendant cinq jours, elle n'a jamais atteint la période visée dans le RIN.

*«Je suis devenue ce que le Rapport Sheps/Cardiff (2004) présenté à Santé Canada qualifierait de **demi-échec** dans son étude critique portant sur le profond «manque de culture de gestion de la sécurité en soins de santé », souligne Marie.*

Étant donné que les complications sérieuses les plus courantes suivant une chirurgie orthopédique majeure sont la thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire, Marie croît que l'hôpital où elle a subi sa chirurgie a fait preuve d'un sérieux manque systémique de compréhension de l'EP qui place tout patient en position de risque élevé.»

L'essoufflement marqué et les douleurs à la poitrine de Marie se sont lentement résolus dans les nombreuses semaines suivant le début d'une thérapie anticoagulante. Elle se sentait seule, tentant de comprendre la cause de ses symptômes pénibles, et se demandant pourquoi une thromboprophylaxie plus appropriée n'avait pas été utilisée dans son cas. Elle hésite maintenant à subir une autre intervention en raison de cet événement qui lui a presque coûté la vie.

Marie espère que les prestateurs de soins de santé franchiront une étape sérieuse vers la mise en place d'un « environnement public plus sain et plus sécuritaire », en comprenant les risques que représentent la thrombose veineuse profonde et l'EP, et en procurant des thromboprophylaxies appropriées.

1. PERTINENCE DE LA THROMBOPROPHYLAXIE

La justification de l'utilisation de la thromboprophylaxie pour la majorité des patients hospitalisés est fondée sur des principes et des preuves scientifiques solides (Tableau 1).[1]

1.1. La TEV comme complication importante des soins hospitaliers

La thromboembolie veineuse (TEV) comprend à la fois la thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire (EP), et elle constitue l'une des complications d'hospitalisation les plus courantes et évitables.[1] Presque chaque patient est exposé à au moins un facteur de risque dans les jours et les semaines qui suivent l'intervention, mais nombreux sont ceux qui sont exposés à de multiples facteurs de risque. [2] Les patients qui subissent des interventions chirurgicales majeures courent un risque considérablement accru de développer une TEV dans les jours et les semaines qui suivent la chirurgie. Les taux objectivement confirmés de TEV associés à l'hospitalisation, si la thromboprophylaxie n'est pas utilisée, sont de 10 à 40 % après une chirurgie générale, et de 40 à 60 %, après une chirurgie de la hanche.[1]

La TEV est associée à un taux considérable de morbidité et de mortalité, et elle constitue un lourd fardeau pour le système de santé.[1,3] Le développement d'une TVP ou d'une EP est rattaché à un taux croissant de mortalité; le taux de mortalité clinique de 30 jours associé à la TVP est de 5 % et de 33 % pour l'EP. [4] À chaque année, le nombre de décès causés par la TEV est plus élevé que celui des décès causés par le cancer du sein, le SIDA et les collisions d'automobiles réunis. L'embolie pulmonaire est considérée comme étant la troisième cause la plus courante de décès pendant la période d'hospitalisation. L'EP massive est cause de décès chez environ 5-10 % des patients hospitalisés; elle se produit généralement sans aucun avertissement et sans possibilité d'intervenir, elle est donc la cause de mortalité la plus susceptible d'être évitée au moyen de la prophylaxie. Parmi plus de 7,4 millions de patients qui ont obtenu leur congé auprès de 944 hôpitaux américains de soins actifs, les complications thromboemboliques postopératoires constituaient la deuxième cause la plus courante d'hospitalisation dans l'ensemble, la deuxième cause la plus courante de trop longs séjours à l'hôpital, et la troisième cause la plus courante de surmortalité et de coûts d'hospitalisation supplémentaires.[7] En moyenne, la TEV postopératoire était associée à des séjours de 5,4 jours, à des coûts supplémentaires de 22 000 $ par patient et à un taux de mortalité de 6,6 %. Une récente étude canadienne sur les complications postopératoires a révélé que les coûts liés à l'hospitalisation et à la longueur des séjours doublent chez les personnes qui ont développé une TEV à la suite d'une intervention chirurgicale. [8]

Outre les conséquences aigues d'une TEV nosocomiale, il existe aussi des complications importantes de longue durée attribuables à cette dernière.[9] Les patients qui sont victimes d'une TVP et d'une EP nécessitent une anticoagulation de plusieurs mois; jusqu'à 5 % de ces patients connaissent un épisode de saignement important lorsqu'on leur administre des anticoagulants. Les patients qui développent une TEV sont à risque d'une récurrence d'événements thromboemboliques, dont un risque d'environ 30 % dans les cinq années qui suivent.[10,11] En outre, de 30 à 50 % des patients touchés par une TPV développent un syndrome post-phlébitique dans les dix années suivantes, soit le gonflement chronique des jambes, divers malaises ou ulcères de jambes, entraînant des coûts considérables sur les plans de la qualité de vie du patient et des ressources en soins de santé.

Tableau 1: Pertinence de l'utilisation de la thromboprophylaxie chez les patients hospitalisés*

Prévalence élevée de la TEV nosocomiale
• Environ 70 % de toutes les TEV au sein de la population sont nosocomiales
• La TEV est 135 fois plus courante chez les patients hospitalisés que chez les résidents de la communauté
• Presque tous les patients hospitalisés sont exposés à un ou plusieurs facteurs de risque de TEV
• La TVP est courante au sein de nombreux groupes de patients hospitalisés.
• La TVP et l'EP liées à l'hospitalisation sont habituellement asymptomatiques
• Il est difficile de prévoir si les patients à risque développeront des complications symptomatiques ou thromboemboliques fatales
Conséquences défavorables d'une TEV sans prophylaxie
• TVP et EP symptomatiques – douleur ou gonflement à la jambe, essoufflement, douleur thoracique, effondrement
• EP fatale – la cause la plus communément évitable de décès associés à

l'hospitalisation
• Coûts liés à l'investigation de patients symptomatiques
• Risques et coûts liés au traitement de la TEV sans prophylaxie
• Risques accrus de TVE récurrente
• Syndrome post-thrombotique chronique – gonflement chronique ou récurrent de la jambe, malaises, ulcération veineuse
Efficacité et efficience de la thromboprophylaxie
• La thromboprophylaxie est hautement efficace pour prévenir la TVP et la TVP proximale
• La thromboprophylaxie est hautement efficace pour prévenir la TEV symptomatique et l'EP fatale
• La prévention de la TVP prévient aussi l'EP
• Le saignement important sur le plan clinique est peu courant lorsque traité par thromboprophylaxie anticoagulante
• La rentabilité de la thromboprophylaxie a été démontrée à maintes reprises

*tiré de Geerts et al[12] et modifié

1.2. Données probantes relatives à la thromboprophylaxie

En raison de la prévalence élevée et des conséquences de la TEV chez les patients hospitalisés, la prévention est la clé qui permettra de contrer cette complication. La thromboprophylaxie a incontestablement démontré sa capacité de réduire les risques liés à la TEV symptomatique et fatale, et à toute cause de mortalité, tout en réduisant les coûts liés aux soins de santé.[1,3,13] Il existe des centaines d'essais cliniques aléatoires démontrant que l'utilisation de la thromboprophylaxie diminue les risques associés à la TVP, à l'EP et à l'EP fatale. En outre, au moins 25 directives fondées sur des données probantes recommandent l'usage courant de la thromboprophylaxie pour la majorité des groupes de patients hospitalisés. L'American College of Chest Physicians (ACCP) appuie ce qui est généralement considéré comme étant les directives les plus complètes et les plus utilisées pour la prévention de la thromboembolie veineuse.[1,12] Les « directives de l'ACCP » sont revues par des pairs, révisées aux trois ans, et sont maintenant la norme de référence internationale en matière de thromboprophylaxie; elles renferment des données probantes qui appuient la thromboprophylaxie et des recommandations classifiées pour chaque groupe de patients (tableau 2). Une analyse exhaustive de la sécurité du patient préparée pour la US Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) a révélé que l'utilisation appropriée de la thromboprophylaxie était la pratique la plus hautement cotée parmi les 79 pratiques de sécurité existantes, en raison de son impact et de son efficacité, et qu'elle était, par conséquent, considérée comme étant **LA MEILLEURE PRATIQUE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ DES PATIENTS DANS LES HÔPITAUX**.[14]

Tableau 2: Niveaux de risque de la thromboembolie et thromboprophylaxie recommandée pour les patients hospitalisés [12]

Niveau de risque*	Risque approximatif de TVP sans thromboprophylaxie†	Choix de thromboprophylaxie suggérée
Faible risque		
Chirurgie mineure pour patients mobiles	<10 %	• Aucune thromboprophylaxie

Patients médicaux complètement mobiles		sauf la marche précoce et « énergique »
Risque modéré		
En général, les patients subissent une chirurgie ouverte de nature gynécologique ou urologique	10-40 %	• Héparine de faible masse moléculaire (HFMM) • Héparine non fractionnée à faible dose (HNFFD) • Fondaparinux
Patients alités ou malades		
Risque modéré de TEV + risque élevé de saignement		• Prophylaxie mécanique
Risque élevé		
Arthroplastie de la hanche ou du genou, chirurgie pour fracture de la hanche	40-80 %	• HFMM • Fondaparinux • Antagoniste de la vitamine K orale (RNI 2-3)
Traumatisme majeur – traumatisme médullaire		
Risque élevé de TEV + risque élevé de saignement		Thromboprophylaxie mécanique
*Les termes descriptifs sont délibérément laissés non définis afin de permettre l'interprétation individuelle du clinicien		
†Les taux sont fondés sur le dépistage diagnostique objectif d'une TVP asymptomatique chez les patients qui ne reçoivent pas de thromboprophylaxie.		
§La thromboprophylaxie mécanique comprend la CPI ou la PVM et/ou le BCG. Envisagez de passer à la thromboprophylaxie anticoagulante lorsque le risque élevé de saignement diminue.		

1.3. Conformité aux lignes directrices sur la thromboprophylaxie

En dépit des preuves massives qui appuient les avantages de la thromboprophylaxie, les vérifications des soins aux patients font constamment ressortir des lacunes majeures liées à l'exécution de cette importante intervention de sécurité. En réalité, la majorité des patients pour lesquels il a été démontré que la tromboprophylaxie est efficace, ne reçoivent aucune prophylaxie, ou une prophylaxie inappropriée. Une récente vérification nationale englobant plus de 123 000 patients américains âgés de plus de 40 ans a révélé que la conformité globale aux normes de l'ACCP n'était que de 13 % (la thromboprophylaxie recommandée n'a été utilisée que pour 52 % des patients, et 13 % des patients on subi une chirurgie générale).[15] Dans un sondage national envoyé à chacun des hôpitaux canadiens, 86 % ont rapporté avoir utilisé régulièrement la thromboprophylaxie pour les patients avec fracture de la hanche, et seulement 33 % ont rapporté avoir utilisé la thromboprophylaxie pour les patients ayant subi une chirurgie générale majeure.[16] Pour les deux groupes, les taux appropriés de prophylaxie étaient de 100 %. Le principal obstacle à l'administration d'une thromboprophylaxie optimale, identifié par 75 % des répondants, relevait du fait que des médecins individuels prescrivent la thromboprophylaxie pour des patients individuels. La prédisposition aux saignements et les préoccupations liées aux coûts ont été citées comme obstacles locaux à l'utilisation de la thromboprophylaxie dans seulement 17% et 12% des hôpitaux, respectivement. Une vérification de patients consécutifs ayant subi une chirurgie pour fracture de la hanche, et de patients qui ont subi une chirurgie générale

majeure, dans 8 hôpitaux de la région de Toronto, a révélé que l'utilisation appropriée de la thromboprophylaxie était de 74 % (écart de 21 % à 95 %) dans le groupe des fractures de la hanche et de 42 % (écart de 15 % à 84 %) chez les patients ayant subi une chirurgie générale majeure.[17] Au regard de ces vérifications, force est de constater que *l'optimisation de l'utilisation de la thromboprophylaxie devrait représenter une priorité essentielle en matière de sécurité du patient pour les hôpitaux canadiens.*

1.4. Pourquoi devons-nous nous concentrer sur la chirurgie générale majeure (CGM) et la chirurgie pour fracture de la hanche (CFH)?

Les raisons à l'appui de la sélection d'une CGM ou d'une CFH comme groupes cibles pour l'intervention *Soins de santé plus sécuritaires maintenant*! (SSPSM) sont les suivantes :

1. la CGM et la CFH sont des groupes chirurgicaux courants que l'on retrouve dans la plupart des hôpitaux généraux;
2. les patients qui subissent une CGM ou une CFH courent un risque allant de moyen à élevé de TEV si la thromboprophylaxie n'est pas utilisée;[1]
3. Les données probantes qui appuient l'utilisation courante de la thromboprophylaxie dans ces groupes de patients sont solides et fondées sur des essais cliniques qui remontent à près de 50 ans;[1,12,13]
4. Les cliniciens sont fortement d'accord quant à la pertinence de l'utilisation de la thromboprophylaxie pour ces patients;
5. Des vérifications ont permis d'identifier une conformité sous-optimale aux recommandations relatives à l'utilisation de la thromboprophylaxie dans les deux groupes. Cette lacune a entraîné des complications thromboemboliques, dont la grande majorité auraient pu être évitées par les méthodes de thromboprophylaxie actuellement disponibles.[15-17]

La mortalité et la morbidité aiguë à long terme, ainsi que l'utilisation des ressources liées à la prévention de la TEV appuient fortement les stratégies efficaces destinées aux patients qui subissent une chirurgie générale majeure et une chirurgie pour fracture de la hanche.

1.5. Stratégies visant à améliorer la conformité en matière de thromboprophylaxie

Les stratégies réussies visant à améliorer la conformité en matière de thromboprophylaxie ont été résumées.[18-21] Les stratégies passives comme la distribution de lignes directrices ou de simples événements éducatifs n'ont pas donné de très bons résultas, tandis que les approches à composantes multiples,[22,23] les vérifications et les rétroactions,[24] ainsi que l'utilisation de rappels automatiques comme les ordonnances pré-imprimées et les rappels informatisés et les ordonnances informatisées se sont avérés hautement efficaces.[19,20,25] La réussite générale quant à l'utilisation appropriée de la thromboprophylaxie est atteignable. Par exemple, aux États-Unis, le Programme d'amélioration des soins chirurgicaux (PASC) reçoit maintenant des données sur plus que 250,000 de cas chirurgicaux provenant de 3 800 hôpitaux à chaque trimestre, et il utilise la stratégie de rémunération selon le rendement pour renforcer l'usage courant d'un certain nombre de mesures du rendement. En 2006, la conformité avec les directives recommandées par l'ACCP en matière de thromboprophylaxie a été démontrée chez 82 % des patients ayant subi une intervention chirurgicale.

2. OBJECTIFS DE L'INTERVENTION DE THROMBOPROPHYLAXIE DE LA CAMPAGNE *SOINS DE SANTÉ PLUS SÉCURITAIRES MAINTENANT!*

2.1. Objectif général

- augmenter à travers le Canada la sécurité des patients lors de l'hospitalisation en rehaussant la conformité aux recommandations fondées sur des données probantes en matière de thromboprophylaxie.

2.2. Objectifs spécifiques

- élaborer et mettre en œuvre des initiatives locales d'amélioration de la qualité visant à augmenter l'utilisation appropriée de la thromboprophylaxie pour les patients qui subissent une chirurgie générale majeure ou une chirurgie pour fracture de la hanche;
- évaluer l'application et l'efficacité de ces initiatives.

3. CONCEPTION DE L'INTERVENTION DE THROMBOPROPHYLAXIE

3.1. Recrutement des hôpitaux :

- Les hôpitaux généraux canadiens de soins aigus seront invités à participer à cette composante de la campagne nationale *SSPSM!* Et de la campagne EAPSS. Deux centres hospitaliers participent déjà à une ou plusieurs des interventions de la campagne *SSPSM*, et d'autres hôpitaux s'y joindront.
- Hôpitaux ciblés : Tous les hôpitaux qui offrent des soins pour adultes à des groupes de patients ciblés sont encouragés à participer à cette intervention. Toutefois, nous suggérons que les participants potentiels tiennent compte de leurs volumes de patients pour chacun des groupes ciblés. Nous proposons un minimum d'au moins 60 cas admissibles de chirurgie générale majeure par année (~5/mois) et au moins 24 cas admissibles de chirurgie pour fracture de la hanche par année (~2/mois).
- Après étude de documents pertinents concernant l'intervention, les hôpitaux intéressés signeront une entente en vertu de laquelle ils s'engagent à participer à l'intervention, à identifier et appuyer une équipe locale, à recueillir et soumettre les données requises.

3.2. Patients admissibles :

- Les hôpitaux décideront de participer à l'intervention de thromboprophylaxie pour l'un des groupes ciblés ou les deux : chirurgie générale majeure et/ou chirurgie pour fracture de la hanche.
- Les patients peuvent être admis à l'hôpital pour la procédure de chirurgie admissible ou ils peuvent subir la chirurgie pendant une admission pour une autre condition - c'est la procédure chirurgicale qui définit l'admissibilité.

a. Chirurgie générale majeure – critères d'admissibilité :

Facteur	Description
Âge du patient	Au moins 18 ans
Type de procédure	OUVERTE, procédure abdominale
Statut de procédure	Élective ou urgente
Durée de la chirurgie	Au moins 60 minutes (« peau à peau »)
Anesthésie	Générale, régionale ou anesthésie combinée
Durée du séjour	Au moins 2 jours après la journée de la chirurgie

Exclu :	a) Procédures entièrement de nature laparoscopique, thoracique, gynécologique, urologique ou vasculaire b) Traumatisme abdominal c) Patients auxquels on a administré des anticoagulants thérapeutiques (warfarine, héparine intraveineuse et HFMM thérapeutique) dans les deux jours suivant le jour de la chirurgie (la plupart de ceux-ci seront des patients qui prennent des anticoagulants par voie orale à long terme) d) Contre-indication documentée à la prophylaxie pharmacologique, AUSSI BIEN que mécanique (ex.: saignement actif + incapacité d'avoir recours à l'option de prophylaxie mécanique bilatérale) e) Participation à un essai clinique sur la thromboprophylaxie
Non exclu :	a) Laparoscopie assistée, procédures ouvertes b) Contre-indication documentée à la prophylaxie pharmacologique (prophylaxie mécanique appropriée) c) Patients désignés « DNR » (ordonnance de ne pas réanimer) d) Déficience intellectuelle

b. **<u>Chirurgie pour fracture de la hanche</u>** – critères d'admissibilité :

Facteur	**Description**
Âge du patient	Au moins 18 ans
Type de procédure	Réparation chirurgicale d'une fracture de la hanche (sous-capitale, Intertrochantérienne) par toute méthode ouverte (vis dynamique pour hanche, aiguille percutanée, hémiarthroplastie, arthroplastie totale de la hanche, etc.)
Statut de procédure	Chirurgie dans les 14 jours suivant la fracture
Durée de la chirurgie	s/o
Anesthésie	Générale, régionale ou anesthésie combinée
Longueur du séjour	s/o
Exclu :	a) Fractures de la hanche traitées sans intervention chirurgicale b) Fractures de la hanche résultant d'un traumatisme majeur (fractures multisystémiques ou fractures multiples d'un membre inférieur c) Chirurgie pour fracture de la hanche effectuée plus de 14 jours suivant la fracture d) Les patients qui reçoivent une médication anticoagulante de longue durée au moment de la préadmission et qu'il y a reprise de ces anticoagulants thérapeutiques dans les deux jours suivant la journée de la chirurgie (n'exclut <u>pas</u> les patients qui ont commencé une thérapie à la warfarine comme thromboprophylaxie à court terme pour fracture de la hanche) e) Contre-indication documentée à la prophylaxie pharmacologique et mécanique (ex.: saignement actif + incapacité d'avoir recours l'option prophylaxie mécanique bilatérale) f) Participation à un essai clinique de thromboprophylaxie
Non exclu	a) Arthroplastie totale pour fracture de la hanche b) Contre-indication documentée a la prophylaxie pharmacologique (prophylaxie mécanique appropriée) c) Chirurgie pour fracture pathologique de la hanche résultant d'un cancer métastatique d) Patients désignés « DNR » (ordonnance de ne pas réanimer)

e) Déficience intellectuelle

3.3. Sélection des patients

- Chirurgie générale majeure : tous les patients consécutifs admissibles à chaque mois
- Chirurgie pour fracture de la hanche : tous les patients consécutifs admissibles à chaque mois
- Commençant le premier jour du calendrier de chaque mois

3.4. Thromboprophylaxie appropriée :

1. La prophylaxie recommandée en vertu des 8e lignes directrices de l' ACCP (2008) pour les deux groupes visés[12] ***ET***

2. Commencez dans les 24 heures suivant la fin de la chirurgie ***ET***

3. Continuez au moins jusqu'au congé de l'hôpital ou dans les 10 jours suivant la chirurgie, si la période postopératoire est $\geq$10 jours pour les chirurgies générales, et pendant au moins10 jours suivant les chirurgies pour fracture de la hanche (à l'hôpital ou après le congé)

4. En ce qui concerne la **chirurgie générale majeure**, les options acceptables sont :

   a) Héparine de faible masse moléculaire (daltéparine, énoxaparine, nadroparine, tinzaparine) selon les doses recommandées dans la monographie de produit pour chaque médicament destiné à une chirurgie générale (tableau 3); ***ou***
   b) 5 000 unités d'héparine SC aux 12 h ou 8 h (doivent être administrées aux 8 heures, si chirurgie pour cancer); ***ou***
   c) Fondaparinux 2,5 mg SC une fois par jour; ***ou***
   d) Prophylaxie mécanique seule utilisant un BCG ou un CPI seulement pour les patients avec saignements actifs, un haut risque de saignement connu (GI ou autre saignement majeur dans les 30 jours précédents ou autre risque de saignement systémique incluant le compte de plaquettes < 50 X 10^{9}/L, RIN $\geq$ 1,5) ou si un autre risque de saignement est documenté au dossier comme raison de ne pas utiliser la prophylaxie pharmacologique; ***ou***
   e) Combinaisons de prophylaxie pharmacologique (HFMM, HNFFD, ou fondaparinux) et de prophylaxie mécanique (CPI, BCG), utilisées simultanément ou séquentiellement, pourvu que la méthode pharmacologique réponde aux critères mentionnés à l'alinéa a).

5. En ce qui concerne la **chirurgie pour fracture de la hanche**, les options acceptables sont :

   a) Héparine de faible masse moléculaire (daltéparine, énoxaparine, nadroparine, tinzaparine) selon les doses recommandées dans la monographie de produit pour chaque médicament destiné à la chirurgie orthopédique **(tableau 4)**; ***ou***
   b) Fondaparinux 2,5 mg SC une fois par jour; ***ou***
   c) 5 000 unités d'héparine SC aux 12 h ou aux 8 h; ***ou***

d) Warfarine avec dose RIN 2.0-3.0 et atteinte de cette dose RIN dans les 5 jours suivant la chirurgie (à moins que le patient ait déjà reçu son congé avant le jour 5); ***ou***

e) Prophylaxie mécanique seule utilisant un BCG, un CPI ou une PVM seulement pour les patients atteints de saignements actifs, un haut risque de saignement connu (GI ou autre saignement majeur dans les 30 jours précédents ou autre risque de saignement systémique incluant le compte de plaquettes < 50 X 10^9/L, RIN $\geq$ 1,5 ou si un autre risque de saignement est documenté au dossier comme raison de ne pas utiliser la prophylaxie pharmacologique; ***ou***

f) Combinaisons de la prophylaxie pharmacologique (HFMM, fondaparinux, HNFFD ou warfarine) et de la prophylaxie mécanique (CPI, BCG, PMV), utilisées simultanément ou séquentiellement pourvu que la méthode pharmacologique réponde aux critères mentionnés ci-dessus.

6. Pour les deux groupes chirurgicaux, la thromboprophylaxie peut être commencée en période préopératoire, mais le dosage préopératoire n'est pas compris dans la définition de la prophylaxie appropriée.

Tableau 3 : Doses appropriées de prophylaxie anticoagulante pour chirurgie générale majeure*

Médicament	Maladie bénigne	Cancer
héparine	5 000 unités SC aux 12 h ou 8 h	5 000 unités SC aux 8 h
daltéparine (Fragmin®)	2 500 unités ou 5 000 unités SC une fois par jour	5 000 unités SC une fois par jour
énoxaparine (Lovenox®)	40 mg SC une fois par jour	40 mg SC une fois par jour
nadroparine (Fraxiparine®)	2 850 unités anti-Xa SC une fois par jour	2 850 unités anti-Xa SC une fois par jour
tinzaparine (Innohep®)	3 500 unités anti-Xa SC une fois par jour	3 500 unités anti-Xa SC une fois par jour
fondaparinux (Arixtra®)	2,5 mg SC une fois par jour	2,5 mg SC une fois par jour

* une dose préopératoire peut être administrée même si elle ne sera pas évaluée dans la mesure du rendement

Tableau 4: Doses appropriées de prophylaxie anticoagulante pour chirurgie de fracture de la hanche*

Médicament	Dose
fondaparinux (Arixtra®)	2,5 mg SC une fois par jour
daltéparine (Fragmine®)	2 500 unités ou 5 000 unités SC une fois par jour
énoxaparine (Lovenox®)	40 mg SC une fois par jour ou 30 mg SC aux 12 h
nadroparine (Fraxiparine®)	1 900 – 3 800 unités anti-Xa SC une fois par jour
tinzaparine (Innohep®)	3 500 ou 4 500 unités anti-Xa SC une fois par jour
héparine	5 000 unités SC aux 12 h ou 8 h
warfarine	Dose RIN 2,0-3,0

* les patients peuvent recevoir des doses préopératoires même si elles ne seront pas évaluées dans la mesure du rendement

4. MISE EN ŒUVRE DE L'INTERVENTION DE THROMBOPROPHYLAXIE[18]

Voici les principales étapes de la mise en œuvre de cette intervention :

1. Obtenir l'engagement de la haute direction
2. Former une équipe de thromboprophylaxie (ou des équipes)
3. Définir le problème et établir des objectifs et des cibles mesurables
4. Établir les échéanciers et les responsabilités
5. Recueillir les données de base
6. Présenter des méthodes visant à optimiser la conformité
7. Recueillir et soumettre les données
8. Examiner les résultats et revoir les stratégies de mise en œuvre, au besoin

4.1. Obtenir l'engagement de la haute direction :

La mise en œuvre réussie d'une intervention de thromboprophylaxie au sein de votre institution exige l'engagement et le soutien de la haute direction de votre hôpital. Les responsabilités des équipes (en termes de rapports périodiques présentés à la haute direction et au Conseil) devraient être approuvées avant de passer aux étapes suivantes.

4.2. Former une équipe de thromboprophylaxie (ou des équipes) :

Le travail d'équipe fait partie intégrante de l'intervention de thromboprophylaxie. Pour diriger l'initiative, nous recommandons que chaque organisation détermine une équipe multidisciplinaire (ou des équipes). Cette équipe devrait comprendre :

1. Un chef de chirurgie et/ou un chef de chirurgie générale (ou un délégué), et/ou un chef de chirurgie orthopédique (ou un délégué)
2. Un pharmacien
3. Une infirmière de salle d'opération et/ou une infirmière enseignante et/ou une infirmière clinicienne et/ou un directeur des soins chirurgicaux aux patients
4. Un représentant de la sécurité du patient/de l'amélioration de la qualité
5. Un représentant de l'administration hospitalière
6. ± Un physiothérapeute
7. ± Chef résident spécialisé dans les programmes d'orthopédie ou de chirurgie générale (si approprié)
8. ± Un représentant des patients

4.3. Définir le problème et établir des objectifs et des cibles mesurables :

L'amélioration de la qualité exige l'établissement d'objectifs. Il a été démontré à maintes reprises qu'une organisation ne peut s'améliorer si elle n'a pas la nette et ferme intention d'y parvenir. L'objectif devrait définir le bassin spécifique de patients qui sera touché, ainsi que les résultats escomptés, et il devrait être précis en termes de temps et mesurable. Il importe que les parties intéressées s'entendent sur l'objectif incluant une cible mesurable, tout comme sur l'allocation des personnes-ressources nécessaires à son accomplissement.

Un exemple d'objectif approprié pour la thromboprophylaxie serait :

« D'augmenter le nombre de patients nécessitant une chirurgie générale majeure et ou une chirurgie pour fracture de la hanche, qui recevront une thromboprophylaxie totale d'ici décembre 2008. »

4.4. Établir les échéanciers et les responsabilités

L'établissement d'un échéancier pour chaque composante de l'intervention locale, ainsi qu'une liste des responsabilités aide à assurer la réussite de l'initiative.

4.5. Recueillir les données de base

La campagne *Soins de santé plus sécuritaires maintenant*! recommande la collecte de données de base pour se faire une idée de certains problèmes relatifs à l'établissement. Les données de base reflètent les types de divergences par rapport aux pratiques exemplaires qui existent avant de procéder à la mise en œuvre du processus de thromboprophylaxie, et elles fournissent à chaque équipe l'information dont elle a besoin pour monter le dossier de l'intervention. Ces données fourniront une base de comparaison pour mesurer l'efficacité du changement. Ces résultats sont aussi utiles pour la présentation des progrès à la haute direction.

4.6. Présenter des méthodes visant à optimiser la conformité

Les méthodes spécifiques utilisées pour optimiser l'utilisation de la thromboprophylaxie appropriée sont laissées à la discrétion de l'équipe locale en la matière. Toutefois, les principes démontrés à l'égard de l'amélioration de la qualité fondée sur des données probantes sont fortement recommandés.[18-21] Par exemple, le recours à un système de rappel formel et régulier, comme l'utilisation d'ordonnances pré-imprimées ou d'un système informatisé d'ordonnances médicales, sont les méthodes les plus susceptibles de réussir.

4.7. Recueillir et soumettre les données

À l'échelle nationale, la question est de savoir si les établissements de soins de santé canadiens ont la capacité de mettre en œuvre les changements voulus comme d'autres établissements ont pu le faire pour réduire les événements indésirables, la morbidité et la mortalité. Il est donc essentiel que les hôpitaux participants évaluent leur expérience locale et aient la capacité de la comparer, au fil des ans, à celle de leur propre centre et d'autres centres hospitaliers. Cette initiative exige l'évaluation d'une quantité limitée de données clés.

4.8. Examiner les résultats et revoir les stratégies de mise en œuvre, au besoin

Une revue périodique des résultats locaux et la comparaison de ces résultats en regard des objectifs prévus aide à maintenir l'engagement envers l'effort. Si l'utilisation de la thromboprophylaxie appropriée est sous-optimale, l'équipe locale est encouragée à envisager des mesures supplémentaires visant à améliorer la conformité, et ensuite à réévaluer l'impact de ces mesures.

La collecte et l'analyse de données spécifiques à l'intervention, ainsi que les rapports de niveau organisationnel qui seront présentés à la campagne *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* seront effectués par l'équipe centrale de mesure (ECT) de l'Université de Toronto qui est financée par l'Institut canadien sur la sécurité des patients et dirigée par le D[r] G. Ross Baker. Les données recueillies par l'équipe centrale de mesure seront utilisées pour :

1. faciliter la mise à l'essai de stratégies d'amélioration de la qualité.
2. soutenir les équipes en leur fournissant de l'information sur le rendement de leur propre centre et le comparant, au fil des ans, à la moyenne nationale et au niveau de performance visé.

Dans le cadre de la campagne, les équipes participantes devront remplir des feuilles de travail pour l'établissement de mesures et les soumettre, à chaque mois, à la campagne *SSPSM* http://communities.saferhealthcarenow.ca/vte .
Un manuel d'utilisation pour la présentation des données sur la prévention de la TEV de la communauté de pratique de la campagne *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* est disponible sur le lien : http://communities.saferhealthcarenow.ca/vte. Le manuel est divisé en deux sections :

1. Entrée des données au moyen de la feuille de travail pour l'établissement des mesures de ***SSPSM*** en format MS Excel
2. Méthodes de présentation des données (télécopie et en ligne) des feuilles de travail pour l'établissement des mesures de ***SSPSM***.

Pour les équipes participant à la campagne québécoise *EAPSS* :

- Veuillez envoyer vos données à l'adresse courriel suivante my-lan.pham-dang.chum@ssss.gouv.qc.ca
- Les données seront traitées et validées par la responsable des activités de mesure de la campagne québécoise.
- Les données comprendront l'identifiant anonyme de l'établissement et les mesures agrégées propres à une intervention pour des échantillons mensuels de patients.
- Les données seront transmises de manière CONFIDENTIELLE au Comité central de la mesure (CCM) de Toronto à des fins d'évaluation comparative avec les autres provinces et établissements du Canada.

5. MESURE

- Bien que la mesure du progrès soit essentielle à toutes les initiatives d'amélioration de la qualité, cette intervention a été conçue en vue d'amoindrir le fardeau de la collecte des données.

5.1. Information de base sur les hôpitaux :

- Pour chacun des hôpitaux participants, un minimum d'information de base sera recueilli au moyen d'un formulaire de rapport normalisé :
  - Endroit : province
  - Taille de la communauté : > 1 million,100 000-1 million, 50 000-100 000, < 50 000
  - Type d'hôpital : hôpital communautaire, hôpital d'enseignement et autres
  - Taille de l'hôpital : nombre de lits de soins aigus pour adultes (<100, 100-249, 250-400, >400)
  - Ressources en amélioration de la qualité : nombre total d'équivalents à temps plein (ETP) affectés à la sécurité du patient, ou d'employés assignés à l'AQ
  - Politique institutionnelle formelle sur la thromboprophylaxie qui comprend les groupes d'intérêt ciblés
  - Stratégies de base en matière de thromboprophylaxie pour les groupes de patients ciblés :

a) ordonnances individuelles médecin-patient;
b) modèle formel d'évaluation du risque pour chaque patient faisant l'objet de recommandations spécifiques en matière de thromboprophylaxie;
c) groupes d'ordonnances courantes et normalisées (ordonnances pré-imprimées d'admission ou ordonnances postopératoires) qui comprennent la thromboprophylaxie pour (≥80%) du groupe cible;
d) groupes d'ordonnances courantes et normalisées (ordonnances pré-imprimées d'admission ou ordonnances postopératoires) qui comprennent la thromboprophylaxie, pour un ou plusieurs <u>sous-ensembles</u> du groupe cible;
e) système informatisé d'entrée des ordonnances médicales (SEOM) pour (≥80%) du groupe cible.

5.2. Données de base relatives à la conformité en matière de thromboprophylaxie :

- Les données relatives à la conformité en matière de thromboprophylaxie seront recueillies auprès de 20 patients consécutifs admissibles dans les groupes cibles (CGM ou CFH, ou les deux). Ces données peuvent être obtenues au moment de la planification de l'intervention locale.
- Cette évaluation permettra d'établir la conformité des données de base sur les pratiques avec la prophylaxie recommandée pour le groupe de patients, de même que le pilotage du processus d'obtenir les données de patients et de l'entrée des données.

5.3. Suivi de l'information hospitalière :

- À des intervalles annuels suivant le début de l'intervention de thromboprophylaxie, les centres participants mettront à jour leur système d'information hospitalière au besoin.
- En outre, les stratégies d'amélioration de la qualité spécifiques à l'intervention qui ont été utilisées au cours de l'année précédente seront consignées – politique institutionnelle écrite sur la thromboprophylaxie, systèmes de rappel (écrits, informatisés), activités éducatives, et ainsi de suite.

5.4. Données sur les patients :

- Conformément aux autres interventions de la campagne *Soins de santé plus sécuritaires maintenant*! Et de la campagne EAPSS, les données spécifiques aux patients ne seront PAS recueillies
- En ce qui concerne les patients admissibles, l'utilisation de la thromboprophylaxie appropriée sera évaluée et fera l'objet d'un rapport
- Les modalités spécifiques à la thromboprophylaxie utilisée seront consignées sur une liste de contrôle
- En ce qui concerne les CFH, le nombre de patients auxquels on prescrit la prophylaxie après le congé ou le transfert, si la longueur du séjour postopératoire était <10 jours – ces données peuvent être généralement fondées sur les instructions relatives au congé.

5.5. Mesure primaire du rendement :

- Étant donné que l'évidence des avantages de la thromboprophylaxie est si forte, et que le refus d'y avoir recours est susceptible de restreindre les résultats

optimaux du patient, la conformité à l'utilisation de la thromboprophylaxie appropriée constitue la principale mesure d'intérêt quant au rendement.

- Réception de la thromboprophylaxie appropriée pour le groupe de patients ciblé :

$$\frac{\text{Nombre de patients qui reçoivent une prophylaxie telle que définie ci-dessus}}{\text{Nombre de patients admissibles}}$$

- Amélioration : augmentation du taux
- Taux cible : 100% des patients admissibles

5.6. Mesure secondaire des résultats :

- Types de thromboprophylaxie utilisée dans la liste des options de thromboprophylaxie appropriée (article 3.4)
- Raisons de la non-utilisation de la thromboprophylaxie appropriée :
  a) aucune thromboprophylaxie utilisée
  b) prophylaxie mécanique seule sans contre-indication en matière de saignement
  c) utilisation d'un médicament non recommandé comme étant approprié au groupe cible spécifique
  d) utilisation d'une dose non recommandée comme étant appropriée au groupe cible spécifique
  e) retard à débuter la thromboprophylaxie > 24 heures après la fin de la chirurgie
  f) durée d'une thromboprophylaxie plus courte que recommandée (voir art.3.4)

5.7. Analyses :

- Changement dans le nombre de patients admissibles qui reçoivent une thromboprophylaxie appropriée pour chacun des deux groupes cibles
- Pourcentage des hôpitaux qui démontrent une utilisation de thromboprophylaxie appropriée pour au moins 90 % des patients admissibles au groupe cible
- Prédicteurs d'amélioration significative de la conformité à la thromboprophylaxie appropriée : formalisation (présence d'une politique formelle en matière de thromboprophylaxie ou utilisation d'ordonnances pré-imprimées ou SEOM), utilisation de la TI, utilisation d'autres stratégies d'AQ
- Évaluation de marqueurs de substitution pour la thromboprophylaxie appropriée, en vue de réduire le fardeau de la collecte des données, c'est-à-dire, dans quelle mesure l'initiation à la thromboprophylaxie représente-elle la prophylaxie appropriée?

6. PHASES DE MISE EN APPLICATION

- **Phase préliminaire -** Les données de base doivent être recueillies avant la mise en œuvre de petits tests de changement et refléter le processus actuel.

- **Première application (partielle)** – L'équipe a établi un but clair pour la stratégie TEV et a commencé à mettre en œuvre de petits tests de changement (PEÉA) pour identifier et perfectionner des processus, des procédures et des pratiques qui mèneront à des améliorations et permettront d'atteindre le but. Lorsque

l'équipe se rapproche de son but, elle est prête à passer à la phase de mise en œuvre complète.

- **Application finale** – Tous les membres de l'équipe dans l'unité choisie mettent en œuvre de manière cohérente les processus, les procédures et les pratiques. Ils continuent de surveiller et de maintenir leur rendement qui a permis d'atteindre le but poursuivi ou de s'en approcher. L'équipe atteint son but et est prête à le diffuser dans d'autres unités.

7. CRITÈRES DE RÉUSSITE

- **Réussite initiale :** atteinte de la conformité à la thromboprophylaxie appropriée pendant deux trimestres consécutifs (l'hôpital peut choisir de discontinuer la cueillette des données mensuelles une fois la réussite initiale atteinte).

- **Réussite soutenue :** conformité à la thromboprophylaxie appropriée dans les six mois et dans l'année suivant l'accomplissement de la réussite initiale.

- **Crìtères d'arrêt de l'intervention :** atteinte de la réussite initiale soutenue dans les six mois et dans l'année suivant la réussite initiale (l'hôpital peut choisir de discontinuer la surveillance de cette intervention).

8. RÉFÉRENCES

1. Geerts WH, Pineo GF, Heit JA, et al. Prevention of venous thromboembolism. The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest 2004;126:338S-400S
2. Gangireddy C, Rectenwald JR, Upchurch GR, et al. Risk factors and clinical impact of postoperative symptomatic venous thromboembolism. J Vasc Surg 2007;45:335-342
3. MacDougall DA, Feliu AU, Boccuzzi SJ, Lin J. Economic burden of deep-vein thrombosis, pulmonary embolism, and post-thrombotic syndrome. Am J Health Syst Pharm 2006;63(20 Suppl 6):S5-S15
4. Heit JA, Silverstein MD, Mohr DN, et al. Predictors of survival after deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a population-based cohort study. Arch Intern Med 1999;159:445-453
5. Anderson FA, Wheeler HB, Goldberg RJ, et al. A population-based perspective of the hospital incidence and case-fatality rates of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. Arch Intern Med 1991;151:933-938
6. Lindblad B, Eriksson A, Bergqvist D. Autopsy-verified pulmonary embolism in a surgical department: analysis of the period from 1951 to 1988. Br J Surg 1991;78:849-852
7. Zhan C, Miller MR. Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. JAMA 2003;290:1868-1874
8. Khan NA, Quan H, Bugar JM, et al. Association of postoperative complications with hospital costs and length of stay in a tertiary care center. J Gen Intern Med 2006;21:177-180
9. Levine MN, Raskob G, Beyth RJ, et al. Hemorrhagic complications of anticoagulant treatment: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest 2004;126:287S-310S
10. Prandoni P, Lensing AW, Cogo A, et al. The long-term clinical course of acute deep venous thrombosis. Ann Intern Med 1996;125:1-7
11. Heit JA, Mohr DN, Silverstein MD, et al. Predictors of recurrence after deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a population-based cohort study. Arch Intern Med 2000;160:761-768
12. Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, et al. Prevention of venous thromboembolism. The Eighth ACCP Conference on Antithrombotic Therapy. Chest 2008;133:in press
13. Collins R, Scrimgeour A, Yusuf S, et al. Reduction in fatal pulmonary embolism and venous thrombosis by perioperative administration of subcutaneous heparin. Overview of randomized trials in general, orthopedic, and urologic surgery. N Engl J Med 1988;318:1162-1173
14. Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43 (Prepared by the University of California at San Francisco-Stanford Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0013). AHRQ Publication No. 01-E058, Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. 2001:1-8, 332-346. Available at: www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/pdf/ptsafety.pdf
15. Yu HT, Dylan ML, Lin J, Dubois RW. Hospitals' compliance with prophylaxis guidelines for venous thromboembolism. Am J Health-Syst Pharm 2007;64:69-76
16. Geerts W, Diamantouros A, U D, et al. National survey of antithrombotic use in Canadian hospitals. 2007, in preparation

17. Geerts W, Diamantouros A, Papastavros T, U D. Quality improvement program to increase adherence with thromboprophylaxis guidelines in Toronto area hospitals. 7th Canadian Healthcare Safety Symposium, Ottawa, Oct 2007
18. Shojania KKG, Grimshaw JM. Evidence-based quality improvement: the state of the science. Health Aff (Millwood) 2005;24:138-150
19. Schunemann HJ, Cook D, Grimshaw J, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy: from evidence to application: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest 2004;126:688S-696S
20. Tooher R, Middleton P, Pham C, et al. A systematic review of strategies to improve prophylaxis for venous thromboembolism in hospitals. Ann Surg 2005;241:397-415
21. Michota FA. Bridging the gap between evidence and practice in venous thromboembolism prophylaxis: the quality improvement process. J Gen Intern Med 2007;22:1762-1770
22. Grupper A, Grupper A, Rudin D, et al. Prevention of perioperative venous thromboembolism and coronary events: differential responsiveness to an intervention program to improve guidelines adherence. Int J Qual Health Care 2006;18:123-126
23. McMullin J, Cook D, Griffith L, et al. Minimizing errors of omission: *B*ehavioural reinforcement of *H*eparin to *A*vert *V*enous *E*mboli: the BEHAVE Study. Crit Care Med 2006;34:694-699
24. Timmons S, O'Callaghan C, O'Connor M, et al. Audit-guided action can improve the compliance with thromboembolic prophylaxis prescribing to hospitalized, acutely ill older adults. J Thromb Haemost 2005;3:2112-2113
25. Kucher N, Koo S, Quiroz R, et al. Electronic alerts to prevent venous thromboembolism among hospitalized patients. N Engl J Med 2005;352:969-977

ANNEXE A

DESCRIPTIONS TECHNIQUES ET FEUILLES DE TRAVAIL

Stades de mise en œuvre – Les définitions s'appliquent à toutes les stratégies et à toutes les mesures

Phase préliminaire - Les données de base doivent être recueillies avant la mise en œuvre de petits tests de changement et refléter le processus actuel.

Phase de première application - L'équipe a établi un but clair pour la stratégie TEV et a commencé à mettre en œuvre de petits tests de changement (PEÉA) pour identifier et perfectionner des processus, des procédures et des pratiques qui mèneront à des améliorations et permettront d'atteindre le but. Lorsque l'équipe se rapproche de son but, elle est prête à passer à la phase de mise en œuvre complète.

Phase d'application finale - Tous les membres de l'équipe dans l'unité choisie mettent en œuvre de manière cohérente les processus, les procédures et les pratiques. Ils continuent de surveiller et de maintenir leur rendement qui a permis d'atteindre le but poursuivi ou de s'en approcher. L'équipe atteint son but et est prête à le diffuser dans d'autres unités.

1	**TEV - Feuille de travail - données d'information hospitalière**				
2	**Prévention de la thromboembolie veineuse**				
3	**Stratégie**	Prévention de la thromboembolie veineuse			
4	**Définition**	Pour chacun des hôpitaux participants, de l'information de base sur l'établissement sera recueillie et **mise à jour annuellement** à l'aide du présent formulaire standardisé			
5	**Information sur la collecte de données**				
6	**Nom de l'hôpital**				
7	**Région sanitaire**				
8	**Province**				
9	**Échantillon**				
10					
11	**Année**		**2007**	**2008**	**2009**
12	**Mois**				
13	**0.1**	Quelle est la taille de la population où se trouve l'établissement: > 1 million, 100 000 à 1 million, 50 000 à 100 000, < 50 000?			
14	**0.2**	Quel est le type d'établissement de soins de santé: communautaire, d'enseignement, autre?			
15	**0.3**	Quel est la taille de l'établissement de santé (nombre de lits de patients adultes - soins intensifs): <100, 100 à 249, 250 à 400, >400			
16	**0.4**	Quelles ressources en matière d'amélioration de la qualité (AQ) y a-t-il dans cet établissement de soins de santé: entrez le nombre total d'équivalents à temps plein (ETP) affectés à la sécurité du patient, ou d'employés assignés à l'AQ?			
17	**0.5**	Est-ce que l'établissement de soins de santé a une politique formelle sur la thromboprophylaxie qui comprend les groupes d'intérêt ciblés, c'est-à-dire la chirurgie générale majeure et la chirurgie pour fracture de la hanche?			
18	**Stratégies de base en matière de thromboprophylaxie pour le groupe**				
19	**0.6**	ordonnances individuelles médecin-patient.			
20	**0.7**	modèle formel d'évaluation du risque pour chaque patient faisant l'objet de recommandations spécifiques en matière de thromboprophylaxie.			
21	**0.8**	groupes d'ordonnances courantes et normalisées (ordonnances pré-imprimées d'admission ou ordonnances postopératoires) qui comprennent la thromboprophylaxie pour (>80%) du groupe cible.			
22	**0.9**	groupes d'ordonnances courantes et normalisées (ordonnances pré-imprimées d'admission ou ordonnances postopératoires) qui comprennent la thromboprophylaxie, pour un ou plusieurs sous-ensembles du groupe cible.			
23	**0.10**	système informatisé de saisie des ordonnances médicales pour (>80%) du groupe cible.			
24	**A**	**Rempli par**			

Feuille saisie données

Données d'information hospitalière – Description technique

Stratégie : Prévention de la thromboembolie veineuse (TEV)

Définition : Pour chacun des hôpitaux participants, de l'information de base sur l'établissement sera recueillie et mise à jour annuellement à l'aide du présent formulaire.

But : Ne s'applique pas à la présente feuille de travail

Correspond à des mesures existantes : Sans objet pour cette feuille de travail

DÉTAILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE TRAVAIL :

Cette feuille de travail est conçue pour la cueillette annuelle d'information spécifique à l'établissement de soins de santé concernant la thromboembolie veineuse et sera utilisée pour l'analyse des données soumises.

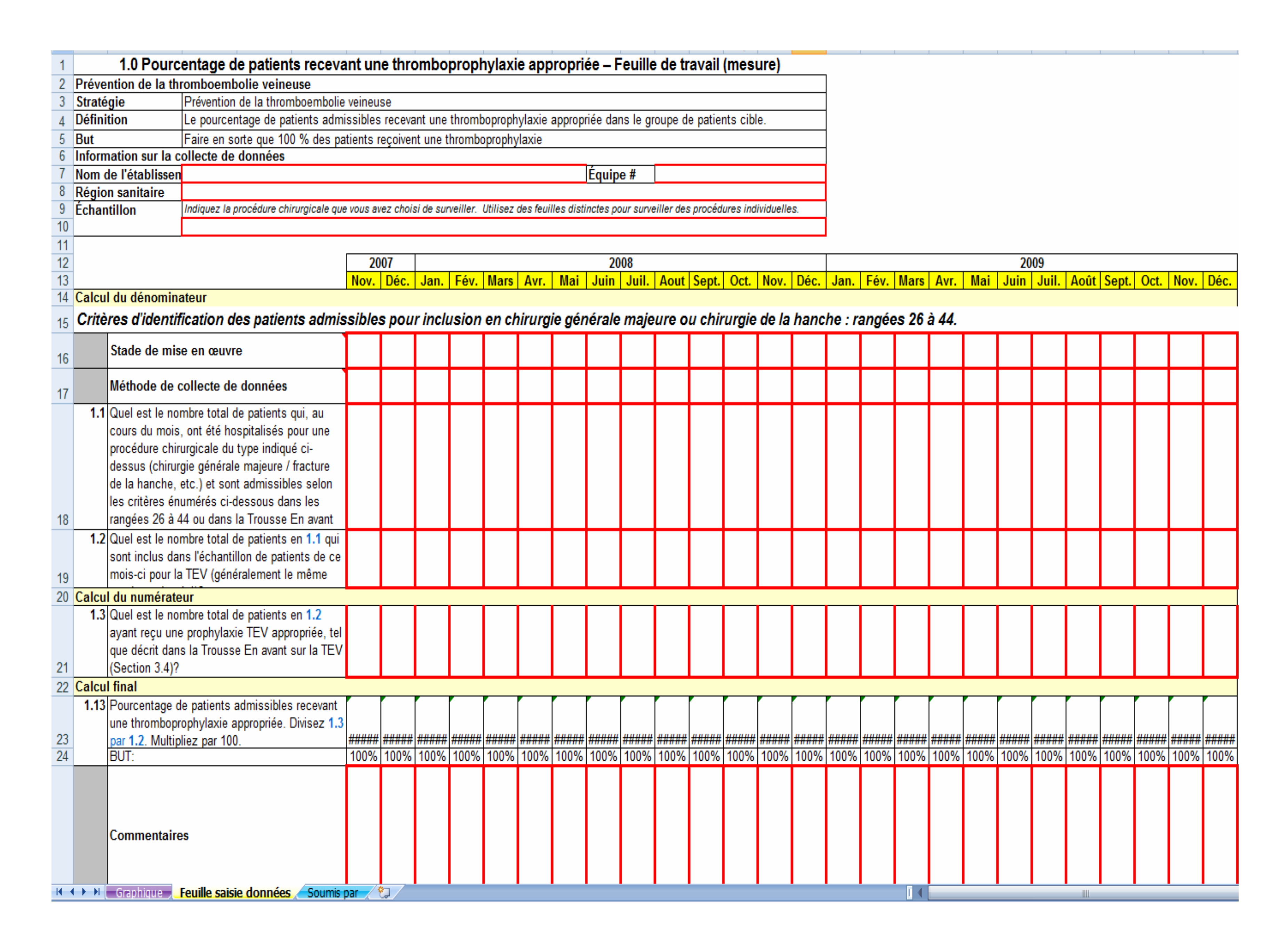
Méthode :

- Entrer le nom de l'établissement de soins de santé et la région sanitaire dans les espaces prévus à cet effet et choisir dans les listes déroulantes la province et l'échantillon de patients.
- Dans la colonne qui correspond à l'année pour laquelle les données sont soumises, choisir la réponse qui reflète le mieux le statut de l'établissement de soins de santé. Toutes les questions sauf la question 0.4 proposent des réponses multiples. Choisir sa réponse en cliquant dessus.
- Les questions 0.1 à 0.5 portent sur les aspects démographiques de l'établissement.
- Les questions 0.6 à 0.10 portent sur les stratégies de base en matière de thromboprophylaxie pour le groupe de patients cible.
- Dans l'espace prévu à cet effet, entrer le nom et les coordonnées de la personne qui soumet les données.

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES :

Approche en matière de collecte de données :

- Les données sont disponibles après du bureau du directeur général, du directeur de la pharmacie ou du directeur de l'unité de soins infirmiers dans le service en question.



1	**1.0 Pourcentage de patients recevant une thromboprophylaxie appropriée – Feuille de travail (mesure)**	
2	**Prévention de la thromboembolie veineuse**	
3	**Stratégie**	Prévention de la thromboembolie veineuse
4	**Définition**	Le pourcentage de patients admissibles recevant une thromboprophylaxie appropriée dans le groupe de patients cible.
5	**But**	Faire en sorte que 100 % des patients reçoivent une thromboprophylaxie
6	**Information sur la collecte de données**	
7	**Nom de l'établissen**	Équipe #
8	**Région sanitaire**	
9	**Échantillon**	*Indiquez la procédure chirurgicale que vous avez choisi de surveiller. Utilisez des feuilles distinctes pour surveiller des procédures individuelles.*
10		
11		

12			2007		2008												2009											
13			Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
14	**Calcul du dénominateur**																											
15	***Critères d'identification des patients admissibles pour inclusion en chirurgie générale majeure ou chirurgie de la hanche : rangées 26 à 44.***																											
16		**Stade de mise en œuvre**																										
17		**Méthode de collecte de données**																										
18	**1.1**	Quel est le nombre total de patients qui, au cours du mois, ont été hospitalisés pour une procédure chirurgicale du type indiqué ci-dessus (chirurgie générale majeure / fracture de la hanche, etc.) et sont admissibles selon les critères énumérés ci-dessous dans les rangées 26 à 44 ou dans la Trousse En avant																										
19	**1.2**	Quel est le nombre total de patients en 1.1 qui sont inclus dans l'échantillon de patients de ce mois-ci pour la TEV (généralement le même																										
20	**Calcul du numérateur**																											
21	**1.3**	Quel est le nombre total de patients en 1.2 ayant reçu une prophylaxie TEV appropriée, tel que décrit dans la Trousse En avant sur la TEV (Section 3.4)?																										
22	**Calcul final**																											
23	**1.13**	Pourcentage de patients admissibles recevant une thromboprophylaxie appropriée. Divisez 1.3 par 1.2. Multipliez par 100.	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
24		BUT:	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Commentaires																										

Graphique | Feuille saisie données | Soumis par

Pourcentage de patients recevant une prophylaxie appropriée contre la thromboembolie veineuse – Description technique

Stratégie : Prévention de la thromboembolie veineuse (TEV)

Définition : Le pourcentage de patients admissibles recevant une thromboprophylaxie appropriée dans le groupe de patients cible.

But : 100 %

Correspond à des mesures existantes :

- Aucune (mais semblable a TEV SCIP-1 et TEV SCIP-2

Échantillon de patients : Choisir dans le menu déroulant le groupe cible en chirurgie pour lequel des données sont recueillies, par ex. Chirurgie générale majeure ou Chirurgie pour fracture de la hanche.

Stade de mise en œuvre : Choisir dans le menu déroulant le stade de mise en œuvre – Phase préliminaire, Début de la mise en œuvre ou Pendant la mise en œuvre – qui correspond le mieux aux définitions de la section 6 de la Trousse en Avant ou de la page couverture de l'Annexe A.

Méthode de collecte de données : Choisir dans le menu déroulant la méthode utilisée par l'équipe pour recueillir les données. Choisir : 1) Rétrospective – données recueillies une fois que le patient a reçu son congé; 2) Simultanée – données recueillies pendant le séjour du patient à l'hôpital; ou 3) combinaison de rétrospective et simultanée.

DÉTAILS DES CALCULS :

Définition du numérateur : Le nombre total de patients admissibles qui ont reçu une thromboprophylaxie appropriée, tel que décrit dans le Tableau 1.0 et dans la Trousse En avant sur la TEV (Section 3.4):

Tableau 1.0 Thromboprophylaxie appropriée

Médicament	Maladie bénigne	Cancer
héparine	5 000 unités SC aux 12 h ou 8 h	5 000 unités SC aux 8 h
daltéparine (Fragmin ™)	2 500 unités ou 5 000 unités SC une fois par jour	5 000 unités SC une fois par jour
enoxaparine (Lovenox ™)	40 mg SC une fois par jour	40 mg SC une fois par jour
nadroparine (Fraxiparine™)	2 850 unités anti-Xa SC une fois par jour	2 850 unités anti-Xa SC une fois par jou
tinzaparine (Innohep™)	3 500 unités anti-Xa SC une fois par jour	3 500 unités anti-Xa SC une fois par jou
fondaparinux (Arixtra™)	2,5 mg SC une fois par jour	2,5 mg SC une fois par jour
Doses appropriées de prophylaxie anticoagulante pour chirurgie de fracture de la hanche		
Médicament	**Chirurgie de fracture de la hanche**	
fondaparinux (Arixtra™)	2,5 mg SC une fois par jour	
daltéparine (Fragmin ™)	2 500 unités ou 5 000 unités SC une fois par jour	
enoxaparine (Lovenox ™)	40 mg SC une fois par jour ou 30 mg SC aux 12 h	
nadroparine (Fraxiparine™)	1 900 – 3 800 unités anti-Xa SC une fois par jour	
tinzaparine (Innohep™)	3 500 ou 4 500 unités anti-Xa SC une fois par jour	
héparine	5 000 unités SC aux 12 h ou 8 h	
warfarine (Chirurgie de fracture de la hanche SEULEMEI	Dose RIN 2,0-3,0	

Exclusions relatives au numérateur:

- Aucune

Définition du dénominateur : Le nombre total de patients qui ont été hospitalisés pour une procédure chirurgicale conformément à l'échantillon de patients sélectionné, par ex. :chirurgie générale majeure ou chirurgie pour fracture de la hanche, et qui sont admissibles selon les critères d'inclusion énumérés ci-dessous.

Tableau 2.0 Patients admissibles en chirurgie générale majeure et chirurgie pour fracture de la hanche selon les critères d'inclusion

Identifier les patients admissibles en chirurgie générale majeure ou en chirurgie pour fracture de la hanche		
	Chirurgie générale majeure	**Chirurgie pour fracture hanche**
Age	≥ 18 ans	≥ 18 ans
État	Chirurgie élective ou non élective OUVERTE, procédure abdominale Durée de la chirurgie ("peau contre peau") au moins 60 minutes Générale, régionale ou anesthésie combinée	Dans les 14 jours suivant la fracture Réparation chirurgicale d'une fracture de la hanche (sous-capitale, intertrochantérienne) par toute méthode ouverte (vis dynamique pour hanche, aiguille percutanée, hémiarthroplastie, arthroplastie totale de la hanche, etc.) Sans objet Générale, régionale ou anesthésie combinée
Durée de séjour	Au moins 2 jours civils après la chirurgie	Sans objet
Ne PAS exclure	a) Laparoscopie assistée, procédures ouvertes; b) Patients qui ont une contre-indication documentée a la prophylaxie pharmacologique (prophylaxie mécanique appropriée); c) Patients désignés « DNR »; d) Déficience intellectuelle.	a) Arthroplastie totale pour Fractue de la hanche; b) Patients qui ont une contre-indication documentée a la prophylaxie pharmacologique (prophylaxie mécanique appropriée); c) Chirurgie pour fracture pathologique résultant d'un cancer métastatique; d) Patients désignés « DNR »; e)Déficience intellectuelle.
Exclure	a) Procédures entièrement laparoscopique, thoracique, gynécologique, urologique ou vasculaire; b)Chirurgie pour traumatisme abdominal; c) Patients ayant reçu des anticoagulants thérapeutiques (warfarine, héparine intraveinéuse, HFFM) dans les 2 jours civils après la chirurgie (la plupart seront des patients prenant des anticoagulants oraux à long terme); d) Contre-indication documentée à la prophylaxie pharmacologique ET mécanique (ex.: saignement actif + impossibilité de recourir à l'option de prophylaxie mécanique bilatérale); e) Participation à un essai clinique sur la thromboprophylaxie.	a) Fractures de la hanche traitées sans intervention chirurgicale; b) Fractures résultant d'un traumatisme majeur (fractures multi-systémiques ou multiples d'un membre inférieur; c) Chirurgie pour fracture de la hanche effectuée plus de 14 jours suivant la fracture; d) Patients recevant des anticoagulants à long terme lors de la pré-admission et qui recommencent à en prendre dans les 2 jours civils suivant la journée de la chirurgie (n'exclut pas les patients ayant commencé à prendre de la warfarine comme thromboprophylaxie à court terme pour fracture de la hanche). e) Contre-indication documentée à la prophylaxie pharmacologique ET mécanique (ex.: saignement actif + prophylaxie mécanique bilatérale impossible); f)Participation à un essai clinique sur la thromboprophylaxie.

Exclusions relatives au dénominateur :

- Les patients qui ne satisfont pas les critères ci-dessus.

Durée de la période de mesure : un mois.

Définition des termes :

- **Chirurgie pour fracture de la hanche :** voir Tableau 2.0 ci-dessus.
- **Chirurgie générale majeure :** voir Tableau 2.0 ci-dessus.

Calculer comme suit :

- Nombre de patients qui ont reçu une thromboprophylaxie appropriée pour leur groupe de chirurgie dans l'échantillon mensuel
- Nombre de patients qui ont été hospitalisés pour une procédure chirurgicale conformément à l'échantillon de patients sélectionné, par ex. : chirurgie générale majeure ou chirurgie pour fracture de la hanche, et qui sont admissibles selon les critères d'inclusion énumérés ci-dessous x 100.

Commentaires : Aucun.

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES :

Approche en matière de collecte de données :

- Les données de base doivent être recueillies auprès d'au moins 20 patients consécutifs admissibles. Les données de 20 patients en chirurgie générale majeure (CGM) et/ou les données de 20 patients en chirurgie pour fracture de la hanche (CFH) avant la mise en œuvre de nouvelles stratégies d'amélioration de la qualité en matière de thromboprophylaxie.
- Les données de base ou de référence peuvent être recueillies rétrospectivement avec l'aide du Service d'information sur la santé ou de manière simultanée.
- Il faut faire le suivi des mesures et soumettre des données tous les mois. Sur la feuille de travail SSPSM, entrer les données et suivre les améliorations réalisées sur le tableau prévu à cet effet. Il est conseillé d'annoter ce tableau pour qu'il reflète toutes les interventions faites en vue d'apporter des améliorations.

Exactitude des données : L'exactitude des données est mieux assurée lorsque toutes les définitions sont utilisées sans modifications.

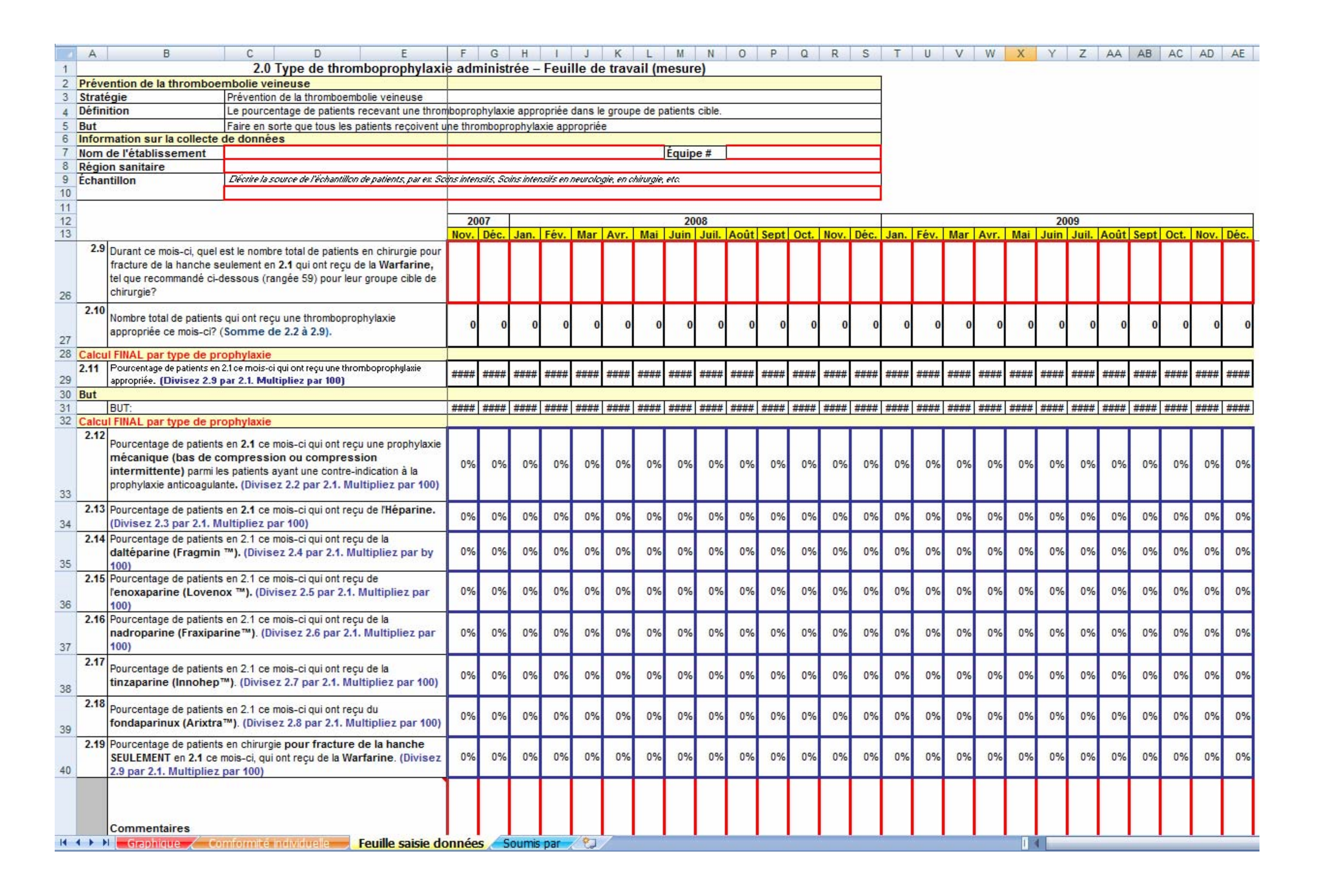
Échantillon : Il est recommandé d'inclure tous les mois tous les patients admissibles en chirurgie générale majeure ou en chirurgie pour fracture de la hanche.

2.0 Type de thromboprophylaxie administrée – Feuille de travail (mesure)

Prévention de la thromboembolie veineuse	
Stratégie	Prévention de la thromboembolie veineuse
Définition	Le pourcentage de patients recevant une thromboprophylaxie appropriée dans le groupe de patients cible.
But	Faire en sorte que tous les patients reçoivent une thromboprophylaxie appropriée
Information sur la collecte de données	
Nom de l'établissement	Équipe #
Région sanitaire	
Échantillon	*Décrire la source de l'échantillon de patients, par ex. Soins intensifs, Soins intensifs en neurologie, en chirurgie, etc.*

	2007		2008												2009											
	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mar	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mar	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept	Oct.	Nov.	Déc.
Stade de mise en œuvre																										
Méthode de collecte de données																										
Calcul du dénominateur																										
2.1 Quel est le nombre total de patients qui, au cours du mois, ont été hospitalisés pour une procédure chirurgicale du type indiqué ci-dessus (chirurgie générale majeure / fracture de la hanche) et sont admissibles selon les critères énumérés dans la Trousse En avant sur la TEV (Section 3.2)?																										
Nombre de patients recevant une thromboprophylaxie selon le type de thromboprophylaxie																										
2.2 Durant ce mois-ci, quel est le nombre total de patients en **2.1** qui ont reçu une prophylaxie **mécanique (bas de compression ou compression intermittente)** parmi les patients ayant une contre-indication à la prophylaxie anticoagulante?																										
2.3 Durant ce mois-ci, quel est le nombre total de patients en **2.1** qui ont reçu de **l'Héparine**, tel que recommandé ci-dessous (rangées 45 et 58) pour leur groupe cible de chirurgie?																										
2.4 Durant ce mois-ci, quel est le nombre total de patients en 2.1 qui ont reçu de la **daltéparine (Fragmin ™),** tel que recommandé ci-dessous (rangées 46 et 54) pour leur groupe cible de chirurgie?																										
2.5 Durant ce mois-ci, quel est le nombre total de patients en 2.1 qui ont reçu de l'**enoxaparine (Lovenox ™),** tel que recommandé ci-dessous (rangées 47 et 55) pour leur groupe cible de chirurgie?																										
2.6 Durant ce mois-ci, quel est le nombre total de patients en 2.1 qui ont reçu de la **nadroparine (Fraxiparine™),** tel que recommandé ci-dessous (rangées 48 et 56) pour leur groupe cible de chirurgie ?																										
2.7 Durant ce mois-ci, quel est le nombre total de patients en 2.1 qui ont reçu de la **tinzaparine (Innohep™),** tel que recommandé ci-dessous (rangées 49 et 57) pour leur groupe cible de chirurgie?																										
2.8 Durant ce mois-ci, quel est le nombre total de patients en 2.1 qui ont reçu du **fondaparinux (Arixtra™)** tel que recommandé ci-dessous (rangées 50 et 53) pour leur groupe cible de chirurgie?																										
2.9 Durant ce mois-ci, quel est le nombre total de patients en chirurgie pour fracture de la hanche seulement en **2.1** qui ont reçu de la **Warfarine,**																										

Graphique | Conformité individuelle | **Feuille saisie données** | Soumis par



2.0 Type de thromboprophylaxie administrée – Feuille de travail (mesure)

Prévention de la thromboembolie veineuse	
Stratégie	Prévention de la thromboembolie veineuse
Définition	Le pourcentage de patients recevant une thromboprophylaxie appropriée dans le groupe de patients cible.
But	Faire en sorte que tous les patients reçoivent une thromboprophylaxie appropriée
Information sur la collecte de données	
Nom de l'établissement	Équipe #
Région sanitaire	
Échantillon	*Décrire la source de l'échantillon de patients, par ex. Soins intensifs, Soins intensifs en neurologie, en chirurgie, etc.*

	2007		2008											
	Nov.	**Déc.**	**Jan.**	**Fév.**	**Mar**	**Avr.**	**Mai**	**Juin**	**Juil.**	**Août**	**Sept**	**Oct.**	**Nov.**	**Déc.**
2.9 Durant ce mois-ci, quel est le nombre total de patients en chirurgie pour fracture de la hanche seulement en **2.1** qui ont reçu de la **Warfarine,** tel que recommandé ci-dessous (rangée 59) pour leur groupe cible de chirurgie?														
2.10 Nombre total de patients qui ont reçu une thromboprophylaxie appropriée ce mois-ci? (**Somme de 2.2 à 2.9**).	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Calcul FINAL par type de prophylaxie														
2.11 Pourcentage de patients en 2.1 ce mois-ci qui ont reçu une thromboprophylaxie appropriée. **(Divisez 2.9 par 2.1. Multipliez par 100)**	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
But														
BUT:	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
Calcul FINAL par type de prophylaxie														
2.12 Pourcentage de patients en **2.1** ce mois-ci qui ont reçu une prophylaxie **mécanique (bas de compression ou compression intermittente)** parmi les patients ayant une contre-indication à la prophylaxie anticoagulante. **(Divisez 2.2 par 2.1. Multipliez par 100)**	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2.13 Pourcentage de patients en **2.1** ce mois-ci qui ont reçu de l'**Héparine.** **(Divisez 2.3 par 2.1. Multipliez par 100)**	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2.14 Pourcentage de patients en 2.1 ce mois-ci qui ont reçu de la **daltéparine (Fragmin ™).** **(Divisez 2.4 par 2.1. Multipliez par by 100)**	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2.15 Pourcentage de patients en 2.1 ce mois-ci qui ont reçu de l'**enoxaparine (Lovenox ™).** **(Divisez 2.5 par 2.1. Multipliez par 100)**	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2.16 Pourcentage de patients en 2.1 ce mois-ci qui ont reçu de la **nadroparine (Fraxiparine™)**. **(Divisez 2.6 par 2.1. Multipliez par 100)**	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2.17 Pourcentage de patients en 2.1 ce mois-ci qui ont reçu de la **tinzaparine (Innohep™)**. **(Divisez 2.7 par 2.1. Multipliez par 100)**	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2.18 Pourcentage de patients en 2.1 ce mois-ci qui ont reçu du **fondaparinux (Arixtra™)**. **(Divisez 2.8 par 2.1. Multipliez par 100)**	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2.19 Pourcentage de patients en chirurgie **pour fracture de la hanche SEULEMENT** en **2.1** ce mois-ci, qui ont reçu de la **Warfarine**. **(Divisez 2.9 par 2.1. Multipliez par 100)**	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Commentaires														

	2009											
	Jan.	**Fév.**	**Mar**	**Avr.**	**Mai**	**Juin**	**Juil.**	**Août**	**Sept**	**Oct.**	**Nov.**	**Déc.**
2.9												
2.10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Calcul FINAL par type de prophylaxie												
2.11	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
But												
BUT:	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
Calcul FINAL par type de prophylaxie												
2.12	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2.13	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2.14	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2.15	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2.16	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2.17	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2.18	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2.19	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Commentaires												

Type de thromboprophylaxie administrée – Description technique

Stratégie(s) : Prévention de la thromboembolie veineuse (TEV)

Définition : Le pourcentage de patients recevant une thromboprophylaxie appropriée en fonction du groupe de patients cible

But : Faire en sorte que 100 % des patients reçoivent une thromboprophylaxie appropriée

Correspond à des mesures existantes :

- Auncune

Échantillon de patients : Choisir dans le menu déroulant le groupe cible en chirurgie pour lequel des données sont recueillies, par ex. Chirurgie générale majeure ou Chirurgie pour fracture de la hanche.

Stade de mise en œuvre : Choisir dans le menu déroulant le stade de mise en œuvre – Phase préliminaire, Début de la mise en œuvre ou Pendant la mise en œuvre – qui correspond le mieux aux définitions de la page couverture de l'Annexe A ou de la section 6 de la Trousse en Avant.

Méthode de collecte de données : Choisir dans le menu déroulant la méthode utilisée par l'équipe pour recueillir les données. Choisir 1) Rétrospective – données recueillies une fois que le patient a reçu son congé; 2) Simultanée – données recueillies pendant le séjour du patient à l'hôpital; ou 3) combinaison de rétrospective et simultanée.

DÉTAILS DES CALCULS :

Définition du numérateur : Le nombre total de patients qui ont reçu une thromboprophylaxie appropriée pour le groupe de patients cible en chirurgie.

Numérateurs individuels: Le nombre total de patients qui ont reçu les types de thromboprophylaxie énumérés ci-dessous :

2.2prophylaxie mécanique (bas de compression ou compression intermittente)
2.3héparine
2.4daltéparine (Fragmin ™)
2.5enoxaparine (Lovenox ™)
2.6nadroparine (Fraxiparine™)
2.7tinzaparine (Innohep™)
2.8fondaparinux (Arixtra™)
2.9warfarine (pour les patients de chirurgie pour fracture de la hanche seulement)

Exclusions relatives au numérateur :

- Aucune

Définition du numérateur : Le nombre total de patients qui ont été hospitalisés pour une procédure chirurgicale conformément à l'échantillon de patients sélectionné, par ex., Chirurgie générale majeure ou Chirurgie pour fracture de la hanche, et sont admissibles pour inclusion selon les critères énumérés.

Exclusions relatives au dénominateur :

- Les patients qui ne satisfont pas aux critères de chirurgie

Type de prophylaxie individuelle : La feuille de travail est conçue pour permettre à l'équipe de suivre l'utilisation de chacun des types de prophylaxie énumérés ci-dessus. L'utilisation de chaque élément sera représentée visuellement sur le tableau intitulé « *Type de prophylaxie individuelle* ». L'équipe sera en mesure de déterminer rapidement si une prophylaxie requiert une surveillance plus étroite ou une révision stratégique ou si le personnel soignant a besoin de formation additionnelle.

Durée de la période de mesure : chaque mois.

Définition des termes :

- Aucune

Calculer comme suit : Nombre de patients qui ont reçu une thromboprophylaxie dans le groupe cible chaque mois / Nombre de patients qui ont été hospitalisés pour une procédure chirurgicale conformément à l'échantillon de patients sélectionné, par ex., Chirurgie générale majeure ou Chirurgie pour fracture de la hanche, et sont admissibles pour inclusion selon les critères énumérés ci-dessous x 100.

Commentaires : Aucun.

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES :

Approche en matière de collecte de données :

- Les données de base doivent être recueillies auprès d'au moins 20 patients consécutifs admissibles. Les données de 20 patients en chirurgie générale majeure (CGM) et/ou les données de 20 patients en chirurgie pour fracture de la hanche (CFH) avant la mise en œuvre de toute nouvelle stratégie d'amélioration de la qualité en matière de thromboprophylaxie.
- Les données de base ou de référence peuvent être recueillies rétrospectivement avec l'aide du Service d'information sur la santé ou simultanément.
- Il faut faire le suivi des mesures et soumettre des données tous les mois. Sur la feuille de travail SSPSM, entrer les données et suivre les améliorations réalisées sur le tableau prévu à cet effet. Il est conseillé d'annoter ce tableau pour qu'il reflète toutes les interventions faites en vue d'apporter des améliorations.

Exactitude des données : L'exactitude des données est mieux assurée lorsque toutes les définitions sont utilisées sans modifications.

Échantillon : Il est recommandé d'inclure tous les mois tous les patients admissibles en chirurgie générale majeure et en chirurgie pour fracture de la hanche.

1	**3.0 Raisons pour lesquelles la thromboprophylaxie recommandée n'a PAS été utilisée - Feuille de travail (Mesure)**	
2	**Prévention de la thromboembolie veineuse**	
3	**Stratégie**	Prévention de la thromboembolie veineuse
4	**Définition**	Raison pour laquelle des patients admissibles N'ONT PAS reçu la thromboprophylaxie spécifique à la chirurgie recommandée pour le groupe de patients cible. Indiquez la raison la plus probable et ne comptez qu'une seule fois chaque patient n'ayant pas reçu une thromboprophylaxie.
5	**But**	0% pour chacune des raisons
6	**Information sur la collecte de données**	
7	**Nom de l'hôpital**	**Équipe #**
8	**Région sanitaire**	
9	**Échantillon**	*Décrivez la source de l'échantillon de patients, par ex.: chirurgie générale majeure, chirurgie pour fracture de la hanche*
10		
11		

			2007		2008												2009											
13			**Nov.**	**Déc.**	**Jan.**	**Fév.**	**Mars**	**Avr.**	**Mai**	**Juin**	**Juil.**	**Août**	**Sept.**	**Oct.**	**Nov.**	**Déc.**	**Jan.**	**Fév.**	**Mars**	**Avr.**	**Mai**	**Juin**	**Juil.**	**Août**	**Sept.**	**Oct.**	**Nov.**	**Déc.**
14		**Stade de mise en œuvre**	Appli cation																									
15		**Méthode de collecte de données**																										
16	**Calcul du dénominateur**																											
17	**3.1**	Quel est le nombre total de patients qui, au cours du mois, ont été hospitalisés pour une procédure chirurgicale du type indiqué ci-dessus (chirurgie générale majeure / fracture de la hanche, etc.) et sont admissibles selon les critères énumérés dans la Trousse En avant sur la TEV?																										
18	**3.2**	Quel est le nombre total de patients en **3.1** pendant ce mois-ci qui **N'ONT PAS** reçu une thromboprophylaxie appropriée?																										
19	**Nombre de patients qui N'ONT PAS reçu une thromboprophylaxie appropriée, selon les raisons**																											
20	**3.3**	Pendant ce mois-ci, quel est le nombre total de patients en **3.2** qui **N'ONT PAS** reçu la thromboprophylaxie recommandée pour leur groupe cible spécifique à la chirurgie parce qu'aucune **thromboprophylaxie n'a été utilisée**?																										
21	**3.4**	Pendant ce mois-ci, quel est le nombre total de patients en 3.2 qui **N'ONT PAS** reçu la thromboprophylaxie recommandée pour leur groupe cible spécifique à la chirurgie parce qu'une **prophylaxie mécanique seule sans contre-indication en matière de saignement a été utilisée?**																										
	3.5	Pendant ce mois-ci, quel est le nombre total de patients en 3.2 qui N'ONT PAS reçu la																										

Graphique | Conformité individuelle | Feuille saisie données | Soumis par

3.0 Raisons pour lesquelles la thromboprophylaxie recommandée n'a PAS été utilisée - Feuille de travail (Mesure)

Prévention de la thromboembolie veineuse	
Stratégie	Prévention de la thromboembolie veineuse
Définition	Raison pour laquelle des patients admissibles N'ONT PAS reçu la thromboprophylaxie spécifique à la chirurgie recommandée pour le groupe de patients cible. Indiquez la raison la plus probable et ne comptez qu'une seule fois chaque patient n'ayant pas reçu une thromboprophylaxie.
But	0% pour chacune des raisons
Information sur la collecte de données	
Nom de l'hôpital	**Équipe #**
Région sanitaire	
Échantillon	*Décrivez la source de l'échantillon de patients, par ex.: chirurgie générale majeure, chirurgie pour fracture de la hanche*

		2007		2008												2009											
		Nov.	**Déc.**	**Jan.**	**Fév.**	**Mar**	**Avr.**	**Mai**	**Juin**	**Juil.**	**Août**	**Sept**	**Oct.**	**Nov.**	**Déc.**	**Jan.**	**Fév.**	**Mar**	**Avr.**	**Mai**	**Juin**	**Juil.**	**Août**	**Sept**	**Oct.**	**Nov.**	**Déc.**
Calcul FINAL par type de prophylaxie																											
3.10	Pourcentage de patients en **3.1** ce mois-ci qui **N'ONT PAS** atteint la norme de pratique recommandée pour la thromboprophylaxie ou leur groupe cible spécifique à la chirurgie parce qu'**aucune thromboprophylaxie n'a été utilisée**[(3.3/3.2) x 100].	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3.11	Pourcentage de patients en 2.1 ce mois-ci qui **N'ONT PAS** atteint la norme de pratique recommandée pour la thromboprophylaxie ou leur groupe cible spécifique à la chirurgie parce qu'une **prophylaxie mécanique seule sans contre-indication de saignement a été utilisée** [(3.4/3.2) x 100].	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3.12	Pourcentage de patients en 2.1 ce mois-ci qui **N'ONT PAS** atteint la norme de pratique recommandée pour la thromboprophylaxie ou leur groupe cible spécifique à la chirurgie parce que **le mauvais médicament a été utilisé** [(3.5/3.2) x 100].	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3.13	Pourcentage de patients en 3.1 ce mois-ci qui **N'ONT PAS** atteint la norme de pratique recommandée pour la thromboprophylaxie ou leur groupe cible spécifique à la chirurgie parce que **la mauvaise dose a été utilisée** [(3.6/3.2) x 100].	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3.14	Pourcentage de patients en 3.1 ce mois-ci qui N'ONT PAS atteint la norme de pratique recommandée pour la thromboprophylaxie ou leur groupe cible spécifique à la chirurgie parce que la thromboprophylaxie a **été reportée > 24 heures après la fin de la chirurgie** [(3.7/3.2) x 100].	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3.15	Pourcentage de patients en 3.1 ce mois-ci qui N'ONT PAS atteint la norme de pratique recommandée pour la thromboprophylaxie ou pour leur groupe cible spécifique à la chirurgie parce que la thromboprophylaxie a **été administrée pendant une durée insuffisante** [(3.8/3.2) x 100].	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
But																											
	BUT:	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Raison pour laquelle la thromboprophylaxie recommandée n'a pas été utilisée – Description technique

Stratégie : Prévention de la thromboembolie veineuse (TEV)

Définition : Raison pour laquelle des patients admissibles N'ONT PAS reçu la thromboprophylaxie spécifique à la chirurgie recommandée pour le groupe de patients cible. Indiquer la raison la plus probable et ne compter qu'une seule fois chaque patient n'ayant pas reçu une thromboprophylaxie.

But : 0 pour chacune des raisons

Correspond à des mesures existantes :
- Aucune

Échantillon de patients : Choisir dans le menu déroulant le groupe cible en chirurgie pour lequel des données sont recueillies, par ex. Chirurgie générale majeure ou Chirurgie pour fracture de la hanche.

Stade de mise en œuvre : Choisir dans le menu déroulant le stade de mise en œuvre – Phase préliminaire, Début de la mise en œuvre ou Pendant la mise en œuvre – qui correspond le mieux aux définitions de la page couverture de l'Annexe A.

Méthode de collecte de données : Choisir dans le menu déroulant la méthode utilisée par l'équipe pour recueillir les données. Choisir 1) Rétrospective – données recueillies une fois que le patient a reçu son congé 2) Simultanée – données recueillies pendant le séjour du patient à l'hôpital.

DÉTAILS DES CALCULS :

Définition du numérateur : Le nombre total de patients dans le dénominateur qui N'ONT PAS reçu la thromboprophylaxie spécifique pour la chirurgie recommandée en fonction du groupe cible pour l'une des raisons suivantes : (choisir la raison ci-dessous qui est la plus appropriée) :
1. Aucune thromboprophylaxie n'a été utilisée
2. Une prophylaxie mécanique seule sans contre-indication en matière de saignement a été utilisée
3. Le MÉDICAMENT utilisé était inapproprié
4. La DOSE utilisée était inappropriée
5. La thromboprophylaxie a été reportée > 24 heures après la fin de la chirurgie (48 heures pour toute chirurgie au foie)
6. La thromboprophylaxie a été administrée pour une durée de temps insuffisante (section 3.4 de la Trousse en Avant)

Exclusions relatives au numérateur:
- Aucune

Définition du dénominateur : Le nombre total de patients qui ont subi une chirurgie générale majeure ou une chirurgie pour fracture de la hanche, qui ont satisfait aux critères pour inclusion pendant le mois en cours et qui n'ONT PAS reçu une thromboprophylaxie appropriée.

Exclusions relatives au dénominateur :
- Aucun patient

Durée de la période de mesure : un mois.

Définition des termes :
- Aucune

Calculer comme suit : Nombre total de patients dans le dénominateur qui N'ONT PAS reçu la thromboprophylaxie recommandée pour leur groupe de chirurgie cible pour l'une des raisons énumérées dans le « numérateur » ci-dessus dans l'échantillon mensuel / Le nombre total de patients qui ont subi une chirurgie générale majeure ou une chirurgie pour fracture de la hanche et qui ont satisfaits les critères pour inclusion durant ce mois et N'ONT PAS reçu une thromboprophylaxie appropriée x 100.

Commentaires : Aucun.

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES :

Approche en matière de collecte de données :
- Les données de base doivent être recueillies auprès d'au moins 20 patients consécutifs admissibles. Les données de 20 patients en chirurgie générale majeure (CGM) et/ou les données de 20 patients en chirurgie pour fracture de la hanche (CFH) avant la mise en œuvre de toute nouvelle stratégie d'amélioration de la qualité en matière de thromboprophylaxie..
- Les données de base ou de référence peuvent être recueillies rétrospectivement avec l'aide du Service d'information sur la santé ou simultanément.
- Il faut faire le suivi des mesures et soumettre des données tous les mois. Sur la feuille de travail SSPSM, entrer les données et suivre les améliorations réalisées sur le tableau prévu à cet effet. Il est conseillé d'annoter ce tableau pour qu'il reflète toutes les interventions faites en vue d'apporter des améliorations.

Exactitude des données : L'exactitude des données est mieux assurée lorsque toutes les définitions sont utilisées sans modifications.

Échantillon : Il est recommandé d'inclure tous les mois tous les patients admissibles en chirurgie générale majeure ou en chirurgie pour fracture de la hanche.

ANNEXE B

MODÈLE D'AMÉLIORATION

Aperçu :

La campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Et la campagne EAPSS recommandent le *Modèle d'amélioration.*[1] Élaboré par Associates in Process Improvement, le modèle d'amélioration est un outil à la fois simple et efficace visant à accélérer l'amélioration de la qualité. Ce modèle a été utilisé avec succès dans des centaines d'établissements de soins de santé et dans plusieurs pays pour améliorer de nombreux processus et résultats. Vous pouvez en apprendre davantage au sujet de ce modèle en visitant le site www.IHI.org

Le modèle se divise en deux parties :

- Trois principes initiaux :

  1. Établir des objectifs précis et les cibles
  2. Établir des mesures visant à déterminer si les changements mènent à l'amélioration
  3. Identifier les changements qui sont susceptibles de nous y mener.

- Le cycle du modèle Planifier – Exécuter – Étudier – Agir (PEÉA) est une méthode abrégée servant à tester les changements dans un contexte de travail réel - en les planifiant, en les mettant à l'épreuve, en observant les résultats et en agissant en fonction de ce que nous avons appris. Le cycle PEÉA oriente l'essai d'un changement afin de déterminer s'il conduit à une amélioration.

Mise en œuvre des changements :

Après avoir mis un changement à l'essai sur une petite échelle, en apprenant de chacun, et en l'améliorant au moyen de plusieurs cycles de PEÉA, l'équipe peut mettre le changement en œuvre sur une plus grande échelle – par exemple, pour l'ensemble de la population pilote ou l'ensemble d'un service ou d'une unité.

Transmettre les changements :

Après la mise en œuvre réussie d'un changement ou d'un programme de changements destinés à une unité ou population pilote, l'équipe peut la reproduire dans d'autres unités de l'organisation ou dans d'autres organisations.

Références :
Langley GL, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance.
Deming WE. The New Economics for Industry, Government, Education.

ANNEXE C

OBSTACLES POSSIBLES À L'UTILISATION OPTIMALE DE LA THROMBOPROPHYLAXIE

****Nous les estimons comme étant les plus importants obstacles.*

Facteurs de connaissance et de sensibilisation

1. **Il se peut que la TEV ne constitue pas en réalité un problème clinique important**
   - les risques associés à la TEV peuvent être trop faibles pour justifier l'utilisation de la prophylaxie
   - les risques associés à la TEV peuvent s'être considérablement atténués au fil des ans, grâce aux améliorations apportées en matière de soins aux patients.

2. *****Méconnaissance du fait que la TEV constitue un important problème clinique**
   - manque de sensibilisation à la documentation sur la TEV (les facteurs de risques liés à la TEV, les patients à risque de TEV, l'ampleur des risques liés à la TEV)
   - la plupart des TEV associées à l'hospitalisation sont souvent asymptomatiques
   - dans plusieurs cas, les douleurs aux jambes et à la poitrine sont attribuées à la procédure chirurgicale ou à la maladie sous-jacente et, par conséquent, elles ne seront pas diagnostiquées même si elles sont symptomatiques
   - la croyance voulant que les risques de TEV se soient considérablement atténués au fil des ans grâce aux améliorations apportées aux soins aux patients
   - la croyance voulant que les risques associés à la TEV prennent fin après le congé de l'hôpital
   - la TEV catastrophique n'est pas très courante
   - la TEV catastrophique est étendue à l'ensemble du spectre des médecins dans les hôpitaux et, pourtant, chaque médecin individuel ne rencontre pas très souvent de TEV catastrophique
   - facteur dénominateur : si le taux d'EP fatale est de 1/500 arthroplasties de la hanche, et que le chirurgien effectue une moyenne de 100 ATH par année, cela représenterait une EP fatale en 5 ans, et il faudrait que la cause du décès soit établie par autopsie et que le chirurgien en connaisse le résultat.
   - confiance en l'expérience personnelle (« Mes patients ont connu très peu de complications thromboemboliques au fil des ans. Je ne peux me rappeler la dernière fois que l'un de mes patients ait développé une TEV. »)
   - peu d'autopsies sont actuellement pratiquées dans les hôpitaux et particulièrement chez les patients de la communauté – par conséquent, même lorsque des patients meurent d'une EP, la cause est souvent attribuée à une autre condition (IM, arythmie, pneumonie, défaillance multisystémique)

- la plupart des TEV associées à l'hospitalisation se produisent après le congé de l'hôpital
- puisque la plupart des EP symptomatiques se produisent après le congé de l'hôpital, puisque bon nombre d'EP fatales ne seront pas diagnostiquées, et puisque la TEV symptomatique est souvent traitée par un médecin autre que le médecin traitant initial, il se peut que celui-ci ne soit pas au courant du fait que son patient ait contracté une EP associée à son séjour à l'hôpital
- le manque de connaissance des conséquences à long terme d'une TEV – complications liées à des problèmes d'anticoagulation thérapeutique, d'insuffisance veineuse chronique, d'hypertension pulmonaire thromboembolique, d'anxiété chronique du patient, d'exclusion possible de certaines procédures chirurgicales, de soins médicaux agressifs inappropriés.

3. Croyance que la TEV est une complication inévitable

4. Méconnaissance du fait que la TEV est évitable

- le manque de sensibilisation à documentation relative à la TEV, aux avantages, à la sécurité et à la rentabilité de la thromboprophylaxie
- la croyance que la thromboprophylaxie est efficace chez certains groupes de patients, mais qu'elle ne s'applique pas à tout patient ou à tout groupe de patient

la croyance que la prévention de l'EP fatale est le seul critère important, et la méconnaissance du fait que l'EP fatale est évitable *[chez des patients chirurgicaux qui ont reçu de l'HNFFD, on a constaté que ce médicament réduisait d'un facteur de 8 le risque d'EP fatales prouvées par autopsie - IMT 1975]*

- la croyance que la prévention de la TPV asymptomatique ne prévient pas la TEV importante sur le plan sur le plan clinique.

5. La croyance que la TEV peut être évitable en encourageant la mobilisation seule

6. Les conditions comorbides peuvent distraire les cliniciens de la prophylaxie

- une chirurgie majeure ou une maladie grave qui met la vie en danger

7. Les risques d'une thromboprophylaxie anticoagulante peuvent en fait être trop élevés chez le patient particulier

- la thromboprophylaxie peut augmenter de manière considérable le risque de saignement ou entraîner d'autres effets secondaires

8. Des conditions comorbides peuvent créer des inquiétudes au sujet de la prophylaxie

- saignement récent, insuffisance rénale, thrombocytopénie, âge avancé

9. ***Croyance que les risques associés à la thromboprophylaxie sont trop élevés

- expérience personnelle en matière de saignement (et son attribution à la thromboprophylaxie)
- préoccupations liées au risque accru d'infection d'une plaie associée à l'utilisation de la prophylaxie

10. **La croyance que les coûts associés à la thromboprophylaxie sont trop élevés**

11. **L'absence de lignes directrices sur la thromboprophylaxie fondées sur des données probantes**
    - aucune ligne directrice nationale ou spécifique à un groupe de patient
    - manque de cohérence des lignes directrices

12. **Manque de sensibilisation aux lignes directrices fondées sur des données probantes en matière de thromboprophylaxie**

13. **Désaccord avec les lignes directrices en général**
    - « trop selon le livre », « trop rigides », synthèse biaisée, entrave à l'autonomie, non pratiques

14. **Désaccord avec la ligne directrice spécifique à la thromboprophylaxie**
    - interprétation de la preuve, applicabilité au patient, coûts-bénéfices nets,
    - approche locale non incluse

15. **Manque de clarté perçu dans les lignes directrices** (par exemple : définitions imprécises de mobilité/mobilisation)

16. **Manque de connaissance des patients en matière de TEV, de thromboprophylaxie.**

Facteurs individuels de mise en œuvre

- assumant qu'il y a sensibilisation à l'effet que la TEV est une complication importante et évitable associée à l'hospitalisation

1. **Manque de temps** – le médecin est trop occupé pour penser à ces facteurs

2. **Trop d'options**
    - quel médicament, quand commencer, quelle dose, pendant combien de temps

3. **D'autres priorités concernant le patient sont plus immédiates**
    - par exemple, EIM, maladie aiguë d'ordre chirurgical ou médical

4. **Les patients sont trop hétérogènes et la stratification du risque est trop complexe**

5. **Patient trop âgé, cancer, ordonnance de ne pas réanimer (DNR)**

6. **Patient trop jeune, susceptible de se mobiliser plus rapidement**

7. **Préoccupations relatives à l'anesthésie régionale**

8. **Oubli de prescrire**

9. **Manque de recommandations de la part d'organismes nationaux (ACPM, Collège Royal)**

10. **Manque de recommandations ou de lignes directrices de la part d'organisations spécialisées**

11. *****Manque de priorité hospitalière locale, (infection, congé précoce)**

Facteurs de mise en œuvre organisationnelle/systémique

- assumant qu'il y a sensibilisation à l'effet que la TVE est une complication importante et évitable associée à l'hospitalisation

1. **Manque de cohérence dans les messages relatifs à la thromboprophylaxie**
   - de l'école de médecine, la formation universitaire de deuxième cycle, la formation médicale continue, les politiques hospitalières

2. *****Médecins individuels qui émettent des prescriptions pour des patients individuels (aucun système)**

3. **Difficulté d'obtenir le ralliement des médecins**

4. **Méconnaissance de l'utilisation de la thromboprophylaxie**

5. **Trop occupé**

6. **Responsabilité de quelqu'un d'autre**

7. **Absence d'un maître d'œuvre local**

8. **Perception que la mise en œuvre est complexe**
   - quelles options, quelle dose, quand commencer, pour combien de temps

9. **Perception que la thromboprophylaxie est trop coûteuse**
   a. Il peut y avoir résistance de la part de la pharmacie, de l'administration
   b. Une autre priorité ne peut être mise en œuvre.
   c. De quel budget la mise en œuvre proviendra-t-elle?

10. *****Aucun système de mise en œuvre n'est en place**

ANNEXE D

STRATÉGIES POUR LA MISE EN ŒUVRE RÉUSSIE DE LA THROMBOPROPHYLAXIE

I. Stratégies nationales

1. **Excellence de la qualité, lignes directrices fondées sur des données probantes**
   - Lignes directrices de l'ACCP sur la prévention de la thromboembolie veineuse

2. **Normes nationales en matière de soins**
   - JCAHO/NQF

3. **Appui d'organismes nationaux**
   - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists of England (RCOG)
   - Eastern Association for the Surgery of Trauma (EAST)
   - La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)
   - American Society of Clinical Oncology (ASCO)

4. **Accréditation des hôpitaux**
   - JCAHO
   - CCASS

5. **Campagne nationale de l'amélioration de la qualité**
   - *Soins de santé plus sécuritaires maintenant*!
   - Les campagnes (100,000 Lives et 5 million Lives) de l'IHI
   - Campagne québécoise : Ensemble améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé

6. **Divulgation publique de la qualité des soins**
   - Leapfrog, Premier, ACS, un certain nombre d'états américains

7. **Rémunération selon le rendement**
   - SCIP, SCM, Croix bleue

8. **Contentieux**
   - L'Association de canadienne de protection médicale

II. Stratégies locales

1. **Créer la tribune des « points chauds »**
   - rapports de cas, témoignages de patients

2. **Appui à l'administration hospitalière principale**
   - fournir des ressources aux équipes de mise en œuvre

  - demander des rapports sur les projets de l'intervention.

3. **Faire de la thromboprophylaxie une priorité pour assurer la sécurité des patients dans l'ensemble des hôpitaux**

4. **Élaborer une politique locale écrite/des lignes directrices/un schéma thérapeutique**
   - pour l'ensemble de l'hôpital, le programme / l'unité de soins aux patients
   - adapter les lignes directrices nationales et internationales à la pratique locale

5. **Évaluation obligatoire du risque lié à la TEV et algorithme d'ordonnances de prophylaxie pour chaque admission**
   - modèle d'évaluation du risque sous format papier
   - sous format électronique

6. **Utiliser un protocole ou modèle d'un autre centre ou obtenir une orientation nationale**
   - *Soins de santé plus sécuritaires maintenant*! Trousse en Avant!
   - Groupes d'ordonnances de source ouverte (OSOS)

7. **Formation offerte aux médecins, aux pharmaciens, au personnel infirmier et aux patients**
   - commencer par la formation médicale postdoctorale
   - inclure des rotations cliniques d'étudiantes infirmières
   - inclure des séminaires de deuxième cycle
   - des séances scientifiques; des séances de sous-spécialités; des séances
   - de pharmacie; des séances d'évaluation de la qualité des soins infirmiers

8. **Moniteurs de pharmaciens et d'infirmières pour la thromboprophylaxie prescrite**

9. **Leader local**
   - « Leader » local passionné avec engagement envers le suivi des opérations

10. **Comité sur la thrombose**
    - semblable aux comités sur la transfusion de sang ou le contrôle des infections – multidisciplinaire

11. **Investigation du « phénomène sentinelle », établissement de rapports**

12. **Rappels passifs**
    - affiches
    - cartes de poche ou de portefeuille

13. **Rappels automatiques**
    - préparés en pharmacie
    - informatisés *[Durieux 2000, Kucher 2005]*

14. Entrée automatique d'ordonnances
- ordonnances pré-imprimées
- entrée informatisée des ordonnances des médecins

15. Vérification et rétroaction
- surveillance systématique de la conformité
- concurrence amicale
- rapport public local sur le progrès

16. Rapport postérieur au congé sur les événements de TEV au médecin traitant initial

ANNEXE E

COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE

La campagne *Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Et la campagne EAPSS* ont créé une communauté de pratique (CdP) pour chacune de ses dix interventions. La communauté de pratique en ligne de la thromboprophylaxie permet aux professionnels de la santé de trouver des renseignements et des outils utiles liés l'intervention, et elle sert de véhicule pour partager des idées, des points de vue et des pratiques associées à la thromboprophylaxie. Cette communauté de pratique est un lieu de « rassemblement virtuel » qui facilite les communications de groupe et permet aux équipes de la campagne *SSPSM* de collaborer et d'apprendre les unes des autres. La CdP favorise :

1. ***Le partage de connaissances*** : la CdP soutient les équipes de thromboprophylaxie d'un bout à l'autre du Canada et leur procure un mécanisme de communication grâce auquel les équipes et les membres peuvent communiquer entre eux, avec la faculté de thromboprophylaxie et avec les commettants de la campagne *SSPSM et EAPSS*.
2. ***Le partage de pratiques*** : la CdP encourage les établissements de soins de santé participants à échanger des formulaires, des documents, des politiques, des processus, des apprentissages et des réussites.
3. ***Un savoir commun :*** la CdP fournit des forums de discussion en ligne, des ressources spécifiques à l'intervention et à la campagne *SSPSM et EAPSS*, un calendrier des événements à venir, une base de données et une foire aux questions.

La CdP de la Prévention de la TEV contient de l'information précieuse qui aidera les équipes à mettre en œuvre la prévention de la thromboprophylaxie avec succès, notamment :

- une Trousse en Avant pour la prévention de la TEV
- des feuilles de travail pour la mesure de la prévention de la TEV, et un guide d'utilisation de la feuille de travail s'y rapportant
- des programmes éducatifs incluant des modèles d'ordonnances pré-imprimées, des présentations Power Point, etc.
- des discussions (questions et réponses) sur des sujets liés à l'intervention de thromboprophylaxie
- des mises à jour régulières sur l'intervention de thromboprophylaxie, incluant les rapports d'étape et les réussites locales
- un calendrier des événements pertinents
- un forum de discussion en ligne

L'adhésion à la CdP est limitée aux équipes inscrites à la campagne *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* portant sur thromboprophylaxie. Si vous n'avez pas encore joint la communauté de pratique de la thromboprophylaxie, veuillez communiquer avec votre synapse régionale ou la campagne *EAPSS*.

ANNEXE F

MODÈLE D'ORDONNANCES PRÉ-IMPRIMÉES POUR CHIRURGIE GÉNÉRALE MAJEURE

REMARQUE : Ces modèles ne sont pas conçus pour les groupes d'ordonnances actuels, mais plutôt, comme menu d'ordonnances susceptibles d'être utilisées par les hôpitaux pour aider à élaborer des groupes d'ordonnances locales.

Groupes d'ordonnances pour admission à la chirurgie générale

Heure ______________________ Date (aaa/mm/jj) : /____/__________
Admission à la chirurgie générale
Médecin traitant : ____
Personnel interne responsable :__________________ Téléavertisseur : ______
Diagnostic d'admission : ____
Autres diagnostics : ____
____
Date prévue du congé (aaa/mm/jj): _____/____/_____
Allergies: _________________________________ ☐ aucune allergie connue

NIVEAU DE SOINS

- ❑ Réanimation totale
- ❑ Ventilation mécanique mais pas de RCR
- ❑ Pas de réanimation cardiopulmonaire

ÉTAT D'ISOLATION

- ❑ Ne pas isoler
- ❑ Isolation de contacts *[ex.: C. difficile, SARM, ERV]*
- ❑ Contact + isolation de gouttelettes
- ❑ Contact + chambre d'isolement respiratoire + pression négative (ex. : tuberculose)

SURVEILLANCE

- ❑ Signes vitaux (TA, FC, RR) aux ____heures
- ❑ Température aux ____ heures
- ❑ Surveiller S_aO_2 aux ____ heures
- ❑ Cotation des douleurs aux ____ heures
- ❑ Inscrire toute entrée et sortie de liquides aux ____ heures
- ❑ Drainage Hemovac aux ___ heures
- ❑ Glucose pour sang capillaire aux _____heures
- ❑ Poids à l'admission: _________ kilogrammes
- ❑ Poids: ❒ quotidiennement ❒ autre ______________
- ❑ Autre : __________________________

- ❑ Aviser le médecin si : la TA systolique est moins de 90 ou plus de 160
  la FC est moins de 60 ou plus de 110
  la S_a0_2 est moins de 85 %
  le débit d'urine est moins de _____ ml/heure

ACTIVITÉ

- ❑ Mobiliser tel que toléré
- ❑ Marcher trois fois par jour
- ❑ Assis dans une chaise ❒ quotidiennement ❒ pour repas
- ❑ Dossier-lit ❒ élever la tête du lit à 30°
- ❑ Autre : ____________________________

DIÈTE

- ❑ Diète pour cœur en santé
- ❑ Diète tel que toléré
- ❑ Aucun ajout de sel
- ❑ Diète diabétique (________ kilojoules)
- ❑ Liquides opaques
- ❑ Liquides transparents
- ❑ Siroter les liquides transparents
- ❑ Glace en miettes
- ❑ Rien par voie orale
- ❑ Alimentation entérale (spécifier le nom): ________________ à _____ ml/heure
- ❑ Autre : ____________________________

INVESTIGATIONS

- ❑ Formule sanguine
- ❑ PTT, RIN
- ❑ Créatinine ❒ Urée
- ❑ Glucose
- ❑ Electrolytes (K, Na, IC, HCO3)
- ❑ Profil du foie (SGOT, SGPT, PHoA, bilirubine)
- ❑ Amylase
- ❑ Analyse d'urine
- ❑ Culture : ____
- ❑ Autres laboratoires : _____________________________________
- ❑ Electrocardiographe
- ❑ Rayon-X : ____
- ❑ Radiographie pulmonaire portable quotidiennement pendant que le drain thoracique est en place
- ❑ Scanogramme : _______________________________________

CONSULTATIONS (donner la raison)

- ❑ Service de traitement de la douleur :____

- ❑ Soins à domicile : Centre d'accès aux soins communautaires (CASC), Centre local de services communautaires (CLSC):___________________________
- ❑ Diététicienne: ____
- ❑ Planificateur de congé : ____
- ❑ Médecine interne : ____
- ❑ Ergothérapie (ET) : ____
- ❑ Pharmacie : ____
- ❑ Physiothérapie (PT) : ____
- ❑ Inhalothérapie (IT) : ____
- ❑ Travail social : ____
- ❑ Orthophonie (OTP):__________ _________________________________
- ❑ Soins de plaies : ____
- ❑ Autre : ____

SONDES, TUBES ET DRAINS

- ❑ Canule sodique
- ❑ IV périphériques : Solution : _________ Taux : ________
  avec kCi: ❒ 20 mmol/l ❒ 40 mmol/l
- ❑ IV centraux : Solution: _________ Taux : ________
  Additifs : ___________________________________
- ❑ Sonde de Foley à l'uromètre
- ❑ Oxygène : ❒ pinces nasales à _________ l/min
  ❒ _____ % masque facial
  ❒ Titrate 0_2 pour garder le S_aO_2 au moins à 94 %
- ❑ Sonde nasogastrique ❒ au drainage rectiligne
  ❒ pour aspirer à ______ cm H_20
  ❒ purger avec soluté isotonique de chlorure de sodium 20 mL q4h et au besoin
  ❒ replacer les pertes NG IV avec soluté isotonique de chlorure de sodium + 20 mmol/l - volume kCi par volume aux 8 heures
- ❑ Drainage de plaie (nombre, endroits) : ______________________________
  Vider le drain à chaque poste et enregistrer le drainage
- ❑ Drain thoracique ❒ au drain étanche immergé
  ❒ pour aspiration à ______ cm H20

PROPHYLAXIE POUR TPV

À débuter en période postopératoire ou préopératoire s'il y a un retard > 24 heures à la salle d'opération

- ❑ Héparine 5 000 unités SC □ 2 fois/jour ou □ 3 fois/jour (si chirurgie pour cancer, thrombose additionnelle, facteurs de risque ou poids $\geq$ 90 kg)

OU *(l'une des options suivantes) ::*

- ❑ Daltéparine 5 000 unités SC une fois par jour
- ❑ Énoxaparine 40 mg SC une fois par jour

- ❑ Tinzaparine 4 500 unités SC une fois par jour

OU *(si le patient saigne abondamment ou est à risque de saignement très élevé)*

- ❑ BCG ☐ CPI [pour utilisation continue sur les <u>deux</u> jambes, sauf si le patient marche ou prend un bain]

Donner une ou des raisons pour le choix de cette option : ______________________

SOULAGEMENT DE LA DOULEUR, ANTINAUSÉE, SÉDATION

- ❑ ACP postopératoire (voir feuille d'ordonnance séparée)
- ❑ Épidurale (voir feuille d'ordonnance séparée)
- ❑ Acétaminophène ______mg VO / NG q _____h au besoin (ne pas dépasser 4 000 mg dans une période de 24 heures)
- ❑ Morphine _________ mg IV / IM / SC q____h au besoin
- ❑ Morphine _________ mg VO q3-4h au besoin
- ❑ Oxycodone ___________ mg VO q4h au besoin
- ❑ Oxycodone/acétaminophène (Percocet®) 1-2 comprimés VO q4h au besoin
- ❑ Tylenol #3 _____ comprimés VO q6h au besoin
- ❑ Autre : ____
- ❑ Autre : ____
- ❑ Pour nausée - dimenhydrinate (Gravol®) 25-50 mg IV / NG / VO q4h au besoin
- ❑ Pour nausée – ondansetron 4 mg IV q12h au besoin
- ❑ Sédation : lorazepam ____mg prise sublinguale, au coucher, au besoin

MÉDICAMENTS PRIS AVANT L'ADMISSION :

- ❑ Arrêter
- ❑ Continuer ce qui suit :
  - o _________________________
  - o _________________________
  - o _________________________
  - o _________________________

AUTRES MÉDICAMENTS

- ❑ Acétaminophène___ mg VO/NG q ___ h au besoin (ne pas dépasser 4 000 mg en 24 heures)
- ❑ Laxatif ou ☐ préparation intestinale
  - o Docusate sodique (Colace®) ❒ 200 mg VO qam ❒ 100 mg VO 2 fois/jour
  - o Senokot ______ comprimés VO au coucher, au besoin
  - o Lait de magnésie 30 ml VO au coucher, au besoin
  - o Suppositoire de glycérine au coucher, au besoin
  - o Lavement une fois par jour au besoin
  - o Autre : ____________________________________
- ❑ Antibiothérapie :
  - o Métronidazole 500 mg IV préopératoire
  - o Céfazoline (Ancef®) 1 gram IV 1 heure préopératoire
  - o Céfazoline (Ancef®) 1 gram IV q8h
  - o Gentamicine (1,5 mg/kg) _______ mg IV préopératoire

- ❑ Si le patient est allergique à la pénicilline :
  - o Clindamycine 600 mg IV 1 heure préopératoire
  - o Vancomycine 1 gram IV préopératoire
  - o Vancomycine 1 gram IV q12h

AUTRE

- ❑ Changer le pansement de plaie aux ________________________________
- ❑ Instructions pour pansement de blessure : _____________________________
- ❑ Préparation intestinale : ____
  - o ____
- ❑ Autre : ____
- ❑ Autre : ____

ANNEXE G

MODÈLE D'ORDONNANCES PRÉ-IMPRIMÉES POUR CHIRURGIE DE FRACTURE DE LA HANCHE

Remarque : *Ces modèles ne sont pas conçus pour les groupes d'ordonnances courants, mais plutôt, comme menu d'ordonnances possibles pouvant être utilisées par les hôpitaux pour aider à élaborer des groupes d'ordonnances locales.*

Groupe d'ordonnances pour chirurgie de fracture de la hanche

A. ORDONNANCES D'ADMISSION pour les patients avec FRACTURE DE LA HANCHE

Date (aaa/mm/jj): ______/___/___ Heure : ________________________
Admission à une chirurgie orthopédique
Médecin traitant: ____
Personnel responsable : ________________ Téléavertisseur :___________
Type de fracture et endroit : _____________________________________
Autres diagnostics : ____
____
Date prévue du congé (aaa/mm/jj) : ______/___/___
Allergies: __________________________________ ☐ aucune allergie connue

NIVEAU DE SOINS

- ❑ Réanimation totale
- ❑ Ventilation mécanique mais pas de RCR
- ❑ Pas de réanimation cardiopulmonaire

ÉTAT D'ISOLATION

- ❑ Ne pas isoler
- ❑ Isolation de contacts *[ex.: C. difficile, SARM, ERV]*
- ❑ Contact + isolation de gouttelettes
- ❑ Contact + chambre d'isolement respiratoire+ pression négative *[*ex. : tuberculose*]*

SURVEILLANCE

- ❑ Signes vitaux (TA, FC, RR) aux ____heures
- ❑ Température aux ____ heures
- ❑ Surveiller S_aO_2 aux ____ heures
- ❑ Évaluation neurovasculaire du membre touché aux ____ heures
- ❑ Cotation des douleurs aux______heures
- ❑ Inscrire toute entrée et sortie de liquides aux ____ heures
- ❑ Glucose pour sang capillaire aux _____heures

- ❑ Poids à l'admission (approximatif) _________kg
- ❑ Aviser le médecin si : la TA systolique est moins de 90 ou plus de 160
  la FC est moins de 60 ou plus de 110
  la S_aO_2 moins de 85 %

ACTIVITÉ

- ❑ Mobiliser tel que toléré
- ❑ Assis dans une chaise □ quotidiennement □ pour repas
- ❑ Dossier-lit □ élever la tête du lit à 30°
- ❑ Autre : ____________________________

DIÈTE

- ❑ Diète pour cœur en santé
- ❑ Diète tel que toléré
- ❑ Aucun ajout de sel
- ❑ Diète diabétique (________ kilojoules)
- ❑ Liquides opaques
- ❑ Liquides transparents
- ❑ Rien par voie orale □ à compter de maintenant □ après minuit aaa/mm/jj _/__/__
- ❑ Alimentation entérale (spécifier le nom): ________________ à _____ ml/heure
- ❑ Autre : ____________________________

INVESTIGATIONS

- ❑ Formule sanguine, PTT, RNI, électrolytes, créatinine, glucose (si ce n'est déjà fait)
- ❑ Formule sanguine
- ❑ PTT, RNI
- ❑ Créatinine □ Urée
- ❑ Glucose
- ❑ Électrolytes
- ❑ Profil du foie (SGOT, SGPT, PHoA, bilirubine)
- ❑ Analyse d'urine
- ❑ Grouper et filtrer 2 unités de formules sanguines
- ❑ Culture : ____
- ❑ Autres laboratoires : ______________________________________
- ❑ Electrocardiographe
- ❑ Rayon-X : ____
- ❑ Scanogramme : ____

CONSULTATIONS

- ❑ Service de traitement de la douleur:
  ____
- ❑ Anesthésie :____
- ❑ Soins à domicile : Centre d'accès aux soins communautaires (CASC); Centre local de services communautaires (CLSC) : __________________________
- ❑ Diététicienne: ____
- ❑ Planificateur de congé : ____

- ❑ Médecine interne : ____
- ❑ Ergothérapie (ET) : ____
- ❑ Pharmacie : ____
- ❑ Physiothérapie (PT) : ____
- ❑ Inhalothérapie (IT) : ____
- ❑ Travail social : ____
- ❑ Orthophonie (OTP) : ____
- ❑ Soins des plaies : ____
- ❑ Autre : ____

SONDES, TUBES ET DRAINS

- ❑ Canule sodique
- ❑ IV périphériques : Solution : _________ Taux : ________
  Avec kCi: □ 20 mmol/l □ 40 mmol/l
- ❑ IV centraux : Solution: _________ Taux : ________
  Additifs : ________________________________
- ❑ Sonde de Foley à l'uromètre/drainage rectiligne
- ❑ Oxygène: ❒ pinces nasales à _________ l/min
  ❒ _____ % masque facial
  ❒ Titrate 0_2 pour garder le S_aO_2 au moins à 94 %
- ❑ Sonde nasogastrique ❒ au drainage rectiligne
  ❒ pour aspirer à ______ cm H_20

PROPHYLAXIE POUR TPV

À débuter en période préopératoire s'il y a un retard > 24 heures à la salle d'opération

- ❑ Héparine 5 000 unités SC □ 2 fois/jour ou □ 3 fois/jour *[ne doit <u>pas</u> être prise le soir précédant la chirurgie]*

OU *(l'une des options suivantes) :*

- ❑ Daltéparine 2 500 unités SC au coucher [*ne doit <u>pas</u> être prise le soir précédant la chirurgie]*
- ❑ Énoxaparine 20 mg SC au coucher *[ne doit <u>pas</u> être prise le soir précédant la chirurgie]*
- ❑ Tinzaparine 2 500 unités SC au coucher *[ne doit <u>pas</u> être prise le soir précédant la chirurgie*

OU (*si le patient saigne abondamment ou est à risque de saignement très élevé*)

- ❑ BCG □ IPC [pour utilisation continue sur les <u>deux</u> jambes, sauf si le patient marche ou prend un bain]

Donner les raisons pour le choix de cette option____________________________

SOULAGEMENT DE LA DOULEUR, ANTINAUSÉE, SÉDATION

- ❑ Acétaminophène ______mg VO / NG q _____h au besoin (*ne pas dépasser 4 000 mg dans une période de 24 heures*)
- ❑ Acétaminophène 650 mg VO/NG q6h x 5 jours, puis q6h au besoin
- ❑ Morphine _________ mg IV / IM / SC q _____h au besoin
- ❑ Morphine 2,5-5 mg VO q4h au besoin et 30-60 min avant physiothérapie **prière de l'offrir au patient aux 4h**
- ❑ Morphine 2,5-5 mg SC q4h au besoin (si incapable de prendre par VO) - *débuter par une plus faible dose chez les patients frêles ou âgés*
- ❑ Oxycodone ___________ mg VO q4h au besoin
- ❑ Oxycodone/acétaminophène (Percocet®) 1-2 comprimés VO q4h au besoin
- ❑ Autre : ____
- ❑ Autre : ____
- ❑ Pour nausée - dimenhydrinate (Gravol®) 12,5-25 mg IV / NG / VO q4h au besoin (*débuter par une plus faible dose chez les patients frêles ou âgés)*
- ❑ Sédation : lorazepam ____mg prise sublinguale au coucher, au besoin

MÉDICAMENTS PRIS AVANT L'ADMISSION :

- ❑ Arrêter
- ❑ Continuer ce qui suit :
  - o _________________________
  - o _________________________
  - o _________________________
  - o _________________________

AUTRES MÉDICAMENTS

- ❑ Céfazoline 1 gram IV sur demande OU
- ❑ Si le patient est allergique à la pénicilline (anaphylaxie ou urticaire), vancomycine 1 gram dans 250 ml D5W IV sur une période de 60 minutes x 1 dose sur demande OU
- ❑ Laxatif ou ❒ préparation intestinale orthopédique
  - o Docusate sodique □ 200 mg VO qam □ 100 mg VO 2 fois/jour
  - o Senokot ______ comprimés VO au coucher, au besoin
  - o Suppositoire de glycérine au coucher, au besoin
  - o Autre : ____________________________________

AUTRE

- ❑ Autre : ____
- ❑ Autre : ____

B. ORDONNANCES POSTOPÉRATOIRES pour patients avec FRACTURE DE LA HANCHE

Date (aaa/mm/jj) : ______/___/___ Heure : ___________________
Transfert au service du D^r. __________________________________

Type de fracture et endroit : ___________________________________
Procédure chirurgicale : ____
Autres diagnostics : ____
____
Date prévue du congé (aaa/mm/jj): ______/___/___
Allergies: _________________________________ ❒ aucune allergie connue

NIVEAU DE SOINS

- ❑ Réanimation totale
- ❑ Ventilation mécanique mais pas de RCR
- ❑ Pas de réanimation cardiopulmonaire

ÉTAT D'ISOLATION

- ❑ Ne pas isoler
- ❑ Isolation de contacts *[ex.: C. difficile, SARM, ERV]*
- ❑ Contact + isolation de gouttelettes
- ❑ Contact + chambre d'isolement respiratoire + pression négative (ex. : tuberculose)

SURVEILLANCE

- ❑ Signes vitaux (TA, FC, RR) aux ____heures
- ❑ Signes vitaux q4h x 48 heures, puis q8 h
- ❑ Température aux ____ heures
- ❑ Surveiller S_aO_2 aux ____ heures
- ❑ Évaluation neurovasculaire du membre touché q ____heures
- ❑ Cotation des douleurs aux ____heures
- ❑ Vérifier les pansements chirurgicaux aux _____
- ❑ Inscrire toute entrée et sortie de liquides aux ____ heures pendant que l'IV est insérée
- ❑ Glucose pour sang capillaire aux _____heures
- ❑ Autre : ___________________________
- ❑ Aviser le médecin si : la TA systolique est moins de 90 ou plus de 160
  la FC est moins de 60 ou plus de 110
  la S_aO_2 est moins de 85 %

ACTIVITÉ

- ❑ Mobiliser tel que toléré
- ❑ Marcher trois fois par jour
- ❑ Assis sur une chaise ❒ quotidiennement ❒ pour repas
- ❑ Dossier-lit □ élever la tête du lit à 30°
- ❑ Précautions à prendre pour hanche totale : aucune flexion au-delà de 90 degrés, aucune adduction au-delà du neutre, éviter la rotation externe
- ❑ État de la mise en appui
- ❑ Autre : ___________________________

DIÈTE

- ❑ Diète pour cœur en santé
- ❑ Diète tel que toléré
- ❑ Diète diabétique (________ kilojoules)
- ❑ Liquides opaques
- ❑ Liquides transparents
- ❑ Rien par voie orale
- ❑ Alimentation entérale (spécifier le nom): ________________ à _____ ml/heure
- ❑ Autre : ___________________________

INVESTIGATIONS

- ❑ Formule sanguine, électrolytes, créatinine pendant les jours postopératoires 1, 3 et 7
- ❑ Formule sanguine
- ❑ PTT, RNI
- ❑ Créatinine Urée
- ❑ Glucose
- ❑ Electrolytes
- ❑ Profil du foie (SGOT, SGPT, PHoA, bilirubine)
- ❑ Analyse d’urine
- ❑ Culture : ____
- ❑ Autres laboratoires : ____________________________________
- ❑ Electrocardiographe
- ❑ Rayon-X : _______________________________________
- ❑ Radiographie (pour patients en attente d’une arthroplastie) : « AP du bassin droit gauche postopératoire à l’Unité des soins post-anasthésiques (USPA)
- ❑ Radiographie (pour VDH)/vis) : « AP et hanche latérale droite gauche » postopératoire jour 1

CONSULTATIONS

- ❑ Service de traitement de la douleur: _____________________________
- ❑ Soins à domicile : Centre d’accès aux soins communautaires (CASC). Centre local de services communautaires (CLSC) : ______________________
- ❑ Diététicienne: ____
- ❑ Planificateur de congé : ______________________________________
- ❑ Médecine interne : ____
- ❑ Ergothérapie (ET) :____
- ❑ Pharmacie : ____
- ❑ Physiothérapie (PT) : ____
- ❑ Inhalothérapie (IT) : ____
- ❑ Travail social : ____
- ❑ Orthophonie (OTP) :____
- ❑ Autre : ____

SONDES, TUBES ET DRAINS

- ❑ Canule sodique
- ❑ IV périphériques : Solution : _________ Taux : ________Additifs : ______
- ❑ IV centrales : Solution : _________ Taux : ________Additifs : ______
- ❑ Sonde de Foley à l'uromètre/drainage rectiligne
- ❑ Si sonde de Foley en place, enlever à 6h00 le jour 1 de la période postopératoire; suivre le protocole de cathétérisme intermittent (IC) : IC q4-6 h si incapable de garder le volume spontanément à $\geq$ 400 ml
- ❑ Oxygène : ❒ pinces nasales à _________ l/min
  ❒ _____ % masque facial
  ❒ Titrate 0_2 pour garder le S_aO_2 au moins à 94 % ; discontinuer si S_aO_2 est $\geq$ 94 % sur l'air de la chambre
- ❑ Sonde nasogastrique ❒ au drainage rectiligne
  ❒ pour aspirer à ______ cm H_20
- ❑ Drainage de plaie (nombre, endroits) : _____________________________

PROPHYLAXIE POUR TPV

- ❑ Héparine 5 000 unités SC □ 2 fois/jour ou 3 fois/jour

OU *(l'une des options suivantes):*

- ❑ Daltéparine 5 000 unités SC une fois par jour □ qam ou □ au coucher
- ❑ Pour patients < 40 kg et âgés de plus de 80 ans, daltéparine 2 500 unités SC une fois par jour □ qam ou □ au coucher
- ❑ Énoxaparine 40 mg SC une fois par jour □ qAM ou □ au coucher
- ❑ Tinzaparine 4 500 unités SC une fois par jour □ qam ou □ au coucher

OU *(si le patient saigne abondamment ou est à risque de saignement très élevé)*

- ❑ CGS ❒ CPI [pour utilisation continue sur les deux jambes, sauf si le patient marche ou prend un bain]

Donner une ou des raisons pour le choix de cette option : ____________________

SOULAGEMENT DE LA DOULEUR, ANTINAUSÉE, SÉDATION

- ❑ ACP - Postopératoire (voir feuille d'ordonnance séparée)
- ❑ Acétaminophène ______mg VO / NG q _____h au besoin (ne pas dépasser 4 000 mg dans une période de 24 heures)
- ❑ Acétaminophène 650 mg VO / NG q6h x 5 jours, puis q6h au besoin
- ❑ Morphine 2,5-5 mg VO q4h au besoin et 30-60 min avant physiothérapie ** prière de l'offrir au patient q4h
- ❑ Morphine _________ mg IV / IM / SC q _____h au besoin
- ❑ Morphine 2,5-5 mg SC q4h au besoin (*si incapable de prendre par VO – commencer par une plus faible dose chez les patients frêles ou âgés*
- ❑ Oxycodone ___________ mg VO q4h au besoin
- ❑ Oxycodone/acétaminophène (Percocet®) 1-2 comprimés VO q4h au besoin
- ❑ Autre : ____
- ❑ Autre : ____

- ❑ Pour nausée - dimenhydrinate (Gravol®) 25-50 mg IV / NG / VO q4h au besoin – commencer par une plus faible dose chez les patients frêles ou âgés
- ❑ Sédation: lorazepam ____mg prise sublinguale au coucher, au besoin

MÉDICAMENTS PRIS AVANT L'ADMISSION :

- ❑ Arrêter
- ❑ Continuer ce qui suit :
  - o ____________________________
  - o ____________________________
  - o ____________________________
  - o ____________________________
  - o ____________________________

AUTRES MÉDICAMENTS

- ❑ Céfazoline 1 gram IV q8h x 2 doses
- ❑ Si le patient est allergique à la pénicilline (anaphylaxie ou urticaire), vancomycine 1 gram dans 250 ml D%W IV sur 60 minutes x 1 dose, 12 heures après la dose préopératoire
- ❑ Laxatif ou ❒ régularité intestinale (orthopédie)
  - o Docusate sodique □ 200 mg VO qam ❒ 100 mg VO 2 fois/jour
  - o Senokot ______ comprimés VO au coucher, au besoin
  - o Suppositoire de glycérine au coucher, au besoin
  - o Autre : ____________________________________

AUTRE :

- ❑ Changer les pansements de plaie aux ________
- ❑ Instructions pour pansement de plaie : ______________________
- ❑ Attaches/sutures à enlever dans les 10 à 14 jours; si le patient a reçu son congé de l'hôpital, lui confier la trousse d'enlèvement d'attaches/de sutures
- ❑ Date de retour à la clinique (aaa/mm/jj ____/___/___
- ❑ Autre : ____
- ❑ Autre : ____

ANNEXE H

GROUPES D'ORDONNANCES DE SOURCE OUVERTE (OSOS)

Groupes d'ordonnances : Une stratégie efficace visant à améliorer la conformité aux meilleures pratiques fondées sur des données probantes (incluant la thromboprophylaxie)
Il a été démontré que les groupes d'ordonnances formels améliorent la conformité systématique aux pratiques cliniques fondées sur des données probantes et aux lignes directrices qui s'y rapportent, notamment la prophylaxie de la thrombose veineuse profonde. Les groupes d'ordonnances peuvent être conçus de manière à inclure des ordonnances spécifiques à l'institution pour la prophylaxie de la TVP sous format normalisé, et ils peuvent avoir un impact rapide sur les taux de prophylaxie de la TVP.

OSOS : Une solution parfaite pour les groupes d'ordonnances
Groupe d'ordonnances de source ouverte (OSOS) est un réseau de collaboration regroupant plus de 55 hôpitaux canadiens dédiés à l'amélioration des soins de santé au moyen de l'utilisation efficace de groupes d'ordonnances fondés sur des données probantes. OSOS procure tous les outils et l'assistance nécessaires à la création et à la mise en œuvre réussie de groupes d'ordonnances au sein d'une institution donnée, notamment :

1. **Contenu du groupe d'ordonnances**
   OSOS offre l'accès à une bibliothèque contenant plus de 230 groupes d'ordonnances et de protocoles cliniques éprouvés et conformes aux meilleures pratiques. Le contenu est exhaustif et actuel, et il a été élaboré au moyen d'un processus itératif englobant des commentaires qui émanent de nombreuses années d'expérience clinique.

2. **Appui au groupe d'ordonnances**
   - OSOS appuie toutes les phases du cycle de vie du groupe d'ordonnances, dont le développement, l'approbation, la mise en œuvre, le maintien et les mise à jour
   - La conception du groupe d'ordonnances permet d'en optimiser l'usage et de maximiser l'impact clinique.
   - Une équipe interdisciplinaire composée de médecins, d'infirmières et de pharmaciens dotés d'une vaste expérience en la matière offre un soutien à distance et sur place. Ce soutien consultatif facilite le transfert des connaissances et permet aux membres qui participent au projet de devenir rapidement autonomes.

3. **Page Web des groupes d'ordonnances**
   OSOS met en mémoire la bibliothèque générale des groupes d'ordonnances, ainsi que les groupes d'ordonnances de chacun des participants dans une base de données exploitable sur le web avec index facile à consulter, qui est disponible à tous ses membres. Cette page web facilite l'accès aux groupes d'ordonnances, ainsi que leur gestion.

Un réseau canadien de groupes d'ordonnances
Les membres du réseau OSOS peuvent consulter et utiliser tous les groupes d'ordonnances des autres organisations partenaires sur le réseau. Cette initiative permet une approche de développement collaboratif de source ouverte, à la création et au maintien du contenu des groupes d'ordonnance élaborés selon les meilleures pratiques du milieu. Les hôpitaux canadiens peuvent maintenant travailler ensemble, en élaborant et utilisant des groupes d'ordonnances d'une grande similarité, d'un hôpital à l'autre, tout en retenant des caractéristiques uniques à l'institution spécifique.

Pour obtenir de plus amples détails, visitez la page web OSOS à www.ordersets.com ou communiquez avec Chris O'Connor à chrisoconnor@ordersets.net ou Kathy DeCaire kathydecaire@ordersets.net.

Avertissement : Bien que la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant! appuie fortement les stratégies visant à rehausser la mise en œuvre de stratégies d'amélioration de la qualité, dont l'utilisation de groupes d'ordonnances normalisées, l'information ci-dessus ne suppose aucun engagement spécifique de la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant! envers OSOS.

ANNEXE I

LIENS AUX SITES WEB PERTINENTS

- www.ahrq.gov/qual/30safe.pdf - Agency for Healthcare Research and Quality 30 evidence-based patient safety practices (including the use of thromboprophylaxis)
- www.cfmc.org/hospital/hospital_scip.htm - Discussion of the Surgical Care Improvement Project (SCIP), its many useful tools, and links to other QI initiatives.
- www.chestjournal.org/content/vol126/3_suppl/ - Geerts WH, Pineo GF, Heit JA, et al. Prevention of venous thromboembolism. The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest 2004;126:338S-400S
- www.hospitalmedicine.org – The Society of Hospital Medicine has a number of excellent materials related to Quality Improvement on their website, including a workbook entitled, “Optimize Prevention of Venous Thromboembolism at Your Medical Center”.
  [www.hospitalmedicine.org/AM/Template.cfm?Section=Quality_Improvement]

  [www.hospitalmedicine.org/AM/Template.cfm?Section=Search_Advanced_Search&Section=Venous_Thromboembolism_VTE_&template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentFileID=3188]
- www.ihi.org/IHI/topics/improvement/improvementmethods/tools - The Institute for Healthcare Improvement has an excellent website that contains numerous quality improvement tools.
- www.jointcommission.org/PerformanceMeasurement/PerformanceMeasurement/VTE.htm – the Joint Commission national VTE standards of care
- www.nice.org.uk/CG046 - National Institute for Health and Clinical Excellence. Reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in inpatients undergoing surgery. 2007; NICE Clinical Guideline No. 46):1-160
- www.qualityforum.org/projects/ongoing/vte/index.asp - The endorsement by the National Quality Forum of thromboprophylaxis
- www.ordersets.com/aboutus.php - Open Source Order Sets is a collaborative network dedicated to improving health care in Canada through the use of evidence-based order sets. There are currently more than 300 order sets in their library and 55 hospitals involved across the country.
- http://vte.son.washington.edu/ - Comprehensive website of algorithms and toolkits on many aspects of thromboembolic disorders including thromboprophylaxis guidelines [http://vte.son.washington.edu/SubCategoryContent.asp?SCID=1].